UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

CIGARROS, TABACO E NICOTINA:

FACTORES BIOCOMPORTAMENTAIS

ASSOCIADOS AO TABAGISMO

Miguel Trigo

DOUTORAMENTO NA ESPECIALIDADE DE PSICOLOGIA CLÍNICA

2007

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

CIGARROS, TABACO E NICOTINA:

FACTORES BIOCOMPORTAMENTAIS

ASSOCIADOS AO TABAGISMO

Miguel Trigo

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Danilo Rodrigues Silva

DOUTORAMENTO NA ESPECIALIDADE DE PSICOLOGIA CLÍNICA

2007

Tese de Doutoramento apoiada pela
Fundação para a Ciência e a Tecnologia,
no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio,
comparticipado pelo Fundo Social Europeu e por fundos
nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

Referência da Bolsa: SFRH / BD / 12122 / 2003

Aos meus Pais e aos meus Irmãos que me fizeram crescer.

Aos meus Avós, Pais e Mães duas vezes, afirmo que continuam vivos dentro de mim.

À minha Mulher, Paula, a quem dedico o meu Amor.

Ao meu Orientador que nunca me abandonou.

Aos meus Professores, Mestres, Colegas e Alunos, com quem tento aprender.

Às Pessoas que partilhando os seus sofrimentos me têm ensinado a ser Psicólogo.

Aos meus Amigos pela oportunidade de os conhecer.

"(…) A individualidade humana,
que é a flor da complexidade,
é ao mesmo tempo tudo o que há
de mais emancipado e de mais dependente
em relação à sociedade.
O desenvolvimento e a manutenção
da sua autonomia estão ligados
a um número enorme de dependências
educativas, culturais e técnicas".

In Edgar Morin (1988)
O paradigma perdido: A natureza humana

Índice

Agradecimentos ..... **xv**

Resumo ..... **xvii**

Abstract ..... **xix**

Prefácio ..... **xxi**

Introdução **1**

Parte I
A problemática do tabagismo

1. Natureza e dimensão do problema **9**

1.1. O nascimento do tabagismo **9**
1.2. Aparecimento do "filtro" e dos cigarros "*light*" **16**
1.3. Tabagismo como factor de risco **18**
1.4. Doenças associadas ao tabagismo **25**
1.4.1. Doenças do aparelho circulatório 28
1.4.2. Tumores malignos 30
1.4.3. Doenças do aparelho respiratório 34
1.4.4. Saúde reprodutiva e sexual 37
1.4.5. Outras condições de saúde 38
1.5. Epidemiologia do tabagismo **38**
1.6. Constituintes dos cigarros **43**
1.6.1. Nicotina 46
1.6.2. Monóxido de carbono 46
1.6.3. Alcatrão 47
1.6.4. Amoníaco 47
1.6.5. Cianeto de hidrogénio 48
1.6.6. Formaldeído 48
1.6.7. Nitrosamina 48
1.6.8. Benzeno 49
1.7. Teores de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono **49**

2. Fundamentos da dependência de cigarros 58

2.1. Critérios de diagnóstico 58
2.1.1. Padrão de auto-administração 62
2.1.2. Tolerância 64
2.1.3. Síndroma de abstinência 65
2.2. Fundamentos biocomportamentais 67
2.2.1. Mecanismos de acção da nicotina 67
Reforço da afectividade positiva 70
Redução da afectividade negativa 72
Alteração da percepção corporal 73
Regulação da conduta alimentar 74
2.2.2. Gestão da síndroma de abstinência 75
2.2.3. Perspectiva biopsicossocial da dependência 78
Modelo da regulação afectiva de Tomkins 80
Modelo da diátese-stresse de Hans Eysenck 83
Busca de sensações de Marvin Zuckerman 84
Percepção de risco 88
Modelo transteórico 92
Teoria da dissonância cognitiva 98
Teoria da aprendizagem social de Bandura 100
Teoria da acção racional e do comportamento planeado 104

3. Preditores psicossociais de tabagismo 108

3.1. Preditores associados ao início e consolidação do consumo 108
3.1.1. Factores sócio-demográficos 112
Estádio de desenvolvimento 112
Demografia e estilos de vida 115
3.1.2. Factores ambientais 117
Acessibilidade e modelagem 117
Pressão dos pares 118
3.1.3. Factores comportamentais 120
Aproveitamento académico 120
Outros comportamentos associados ao tabagismo 120
Experimentação 121
3.1.4. Factores pessoais 122
Expectativas 122
Auto-estima e auto-imagem 124
Personalidade 124
Condições psicopatológicas 124
3.2. Preditores de cessação e manutenção da abstinência 131
3.2.1. Factores sócio-demográficos 133
3.2.2. História do hábito tabágico 135
3.2.3. Auto-eficácia 137
3.2.4. Percepção de risco 137
3.2.5. Distanciamento em relação ao estereótipo do fumador 138
3.2.6. Gravidez 140
3.2.7. Doença física 141

Doenças do aparelho circulatório....141
Doenças do aparelho respiratório....144
Outras doenças físicas....147
3.2.8. Abordagem terapêutica....150
3.3. Preditores de recaída....151
3.3.1. Lapsos, recaídas e colapsos....154
3.3.2. Classificação dos episódios de recaída....155
3.3.3. Estratégias de confronto....158
3.3.4. Auto-eficácia e outras expectativas....160
3.3.5. Exposição a estímulos e pistas ambientais....162
3.3.6. Fadiga da cessação....163
3.3.7. Ganho ponderal....164
3.3.8. Alterações biológicas....167
3.3.9. Modelo de Alan Marlatt....168

Parte II
Factores psicossociais associados ao tabagismo

1. Objectivos....173

1.1. Objectivos gerais....173
1.2. Objectivos específicos....174

2. Material e métodos....175

2.1. Participantes....175
2.2. Critérios....178
2.3. Instrumentos....179
2.3.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico....179
Questionário de dados sócio-demográficos....182
Algoritmo do Estádio....183
Escala de Motivação para Deixar de Fumar....187
Questionário CAGE....188
2.3.2. Perfil emocional....191
Bortner Scale....193
Beck Depression Inventory®....195
Perceived Stress Scale....201
State-Trait Anxiety Inventory®....204
2.3.3. Perfil tabágico....208
Fagerström Tolerance Questionnaire....210
Smoking Decisional Balance Scale....217
Horn-Waingrow Scale....220
Smoking Abstinence Self-Efficacy....222
Smoking Processes of Change Scale....224
2.4. Plano de estudo....227
2.5. Variáveis....228
2.6. Procedimento....234
2.7. Hipóteses....239
2.8. Ética....241
2.9. Análise estatística....245

3. Estudo 1 - Qualidades métricas 246

3.1. Escala de Motivação para Deixar de Fumar 247
3.2. CAGE 248
3.3. *Bortner Scale* 249
3.4. *Beck Depression Inventory®* 251
3.5. *Perceived Stress Scale* 252
3.6. *State-Trait Anxiety Inventory® - Forma Y2* 254
3.7. *Fagerström Tolerance Questionnaire* 256
3.8. *Smoking Decisional Balance Scale* 258
3.9. *Horn-Waingrow Scale* 262
3.10. *Smoking Abstinence Self-Efficacy* 268
3.11. *Smoking Processes of Change Scale* 271
3.12. Correlações entre os instrumentos revistos 276
Perfil emocional 276
Perfil tabágico em fumadores 277
Perfil tabágico em ex-fumadores 283
3.13. Resumo dos itens que compõem os instrumentos revistos 287

4. Estudo 2 - Tabagismo na população geral 289

4.1. Resultados 289
4.1.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico 290
Caracterização sócio-demográfica 290
Experiências iniciais com cigarros 297
Carga tabágica 302
Perfil de inalação 306
Percepção de risco 310
Tentativas para deixar de fumar 311
História de tabagismo na família 330
Relato de doenças 335
Consumo de bebidas estimulantes 339
Características particulares dos não fumadores 351
Características particulares dos fumadores 353
4.1.2. Perfil emocional 356
4.1.3. Perfil tabágico 359
4.1.4. Modelo transteórico 362
Estádios de mudança 362
Balanço decisório 364
Auto-eficácia 366
Processos de mudança 368
4.2. Discussão 370
4.2.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico 370
Caracterização sócio-demográfica 370
Experiências iniciais com cigarros 372
Carga tabágica 375
Perfil de inalação 379
Percepção de risco 380
Tentativas para deixar de fumar 381
História de tabagismo na família 390
Relato de doenças 394

Consumo de bebidas estimulantes 396
Características particulares dos não fumadores 398
Características particulares dos fumadores 399
4.2.2. Perfil emocional 401
4.2.3. Perfil tabágico 404
4.2.4. Modelo transteórico 407
Estádios de mudança 408
Balanço decisório 408
Auto-eficácia 409
Processos de mudança 410
4.3. Conclusões 411
4.3.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico 411
Caracterização sócio-demográfica 411
Experiências iniciais com cigarros 412
Carga tabágica 412
Perfil de inalação 413
Percepção de risco 413
Tentativas para deixar de fumar 414
História de tabagismo na família 416
Relato de doenças 417
Consumo de bebidas estimulantes 418
Características particulares dos não fumadores 419
Características particulares dos fumadores 419
4.3.2. Perfil emocional 420
4.3.3. Perfil tabágico 421
4.3.4. Modelo transteórico 422
Estádios de mudança 422
Balanço decisório 422
Auto-eficácia 423
Processos de mudança 423

Comentário 425

Principais conclusões 425
Trabalhos futuros 429

Bibliografia 437

Lista de quadros 489

Lista de figuras 505

Anexos 507

Anexo 1 - Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico 509
Anexo 2 - Instrumentos para avaliação do perfil emocional 515
Anexo 3 - Instrumentos para avaliação do perfil tabágico em ex-fumadores 521
Anexo 4 - Instrumentos para avaliação do perfil tabágico em fumadores 527
Anexo 5 - Consentimento informado 533
Anexo 6 - Autorização para utilização do *Beck Depression Inventory*® 537
Anexo 7 - Autorizações para recolha de dados 543

Agradecimentos

Começo por dirigir os meus agradecimentos às instituições e entidades que acederam apoiar e receber esta investigação. Sem essa capacidade de reconhecer o esforço alheio, este percurso não teria sido caminhado. Neste âmbito, destaco a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa, a Fundação para a Ciência e a Tecnologia, a FAPIL - Indústria de Escovaria, S.A., o Instituto Nacional de Engenharia e Tecnologia Industrial (INETI), a Sãvida Medicina Apoiada, S.A. - Grupo EDP e a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT).

Nestes locais, é reconfortante reconhecer o rosto das pessoas que lhes dão vida e alma. Aqui, o agradecimento, enquanto gesto de reconhecimento e cordialidade, transforma-se e humaniza-se. Agora existem relações afectuosas e de colaboração, ocorre a ajuda desinteressada, sem expectativa de retorno e, finalmente, as pessoas podem encontrar-se frente-a-frente. Surge, então, a gratidão como uma das formas mais profundas de vivenciar o agradecimento, com a sua pujança e coragem, com a sua timidez e reserva, com a sua unicidade e direcção, enfim, como uma manifestação sincera de amor e amizade, difícil ou impossível de descrever.

Às pessoas que, pertencendo a diferentes instituições, entidades ou a título pessoal, testemunharam e colaboraram nesta tarefa, a minha profunda gratidão, particularmente ao meu Orientador de tese, Professor Doutor Danilo Silva, ao Prof. Doutor Evangelista Rocha e ao Dr. Fernando Branco, às pessoas com quem tenho aprendido a ser psicólogo e que criaram condições para este e outros trabalhos avançassem, Dra. Isaura Lourenço, Dra. Noélia Canudo e Dra. Teresa Morais, pelo exemplo de uma psiquiatria humanizada e centrada na pessoa, Dra. Ana Cristina Farias, ao médico com quem tenho desenvolvido o Programa da Consulta de Desabituação Tabágica, Dr. José Belo Vieira, aos meus professores e pedagogos, às testadoras deste estudo, Dra. Alexandra Alvernaz, Dra. Ângela Santos, Dra. Carla Pinto, Dra. Inês Almeida, Dra. Joana Mateus e Dra. Rita Estrela, aos responsáveis e colaboradores das diversas instituições em que decorreu a recolha de dados, Prof.

Doutor Adriano Teixeira (INETI), Dr. Augusto Brito (EDP), Enf. Ana Sanches (EDP), Enf. Ernestina Martins (INETI), Dr. Francisco Castro (INETI), Enf. João Cheira (EDP) e Sr. Joaquim Teixeira (FAPIL), aos colegas de trabalho da Universidade de Lusófona, Dr. Sérgio Lopes, Dra. Vanda Faria e Vera Martins, bem como aos colegas da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas, a todos os colaboradores do Gabinete de Imagem e Formação, aos utentes da Consulta de Desabituação Tabágica do Hospital Júlio de Matos (Clinica Psiquiátrica I) / Centro de Saúde de Odivelas e aos estudantes com quem partilho experiências académicas e profissionais.

A todos quantos aceitaram participar neste estudo, sempre de forma voluntária e gratuita, muito obrigado! É, de facto, surpreendente que num mundo onde impera o lema: "tempo é dinheiro", ainda existam tantas pessoas dispostas a parar, a escutar e a dar o seu contributo, convictos que estão a ajudar. Quando encontramos tantas razões para pensar que Portugal precisa de continuar a mudar para se tornar um país cada vez melhor, não podemos deixar de reconhecer que certamente existe entre nós algo inestimável, ou seja, a natureza e a identidade de ser português. Afinal a amabilidade, a disponibilidade e a cooperação continuam a constituir marcas fundamentais do humanismo e um bem crucial para o desenvolvimento de uma nação.

À minha família, no seio da qual aprendi a aprender, a desejar, a amar, a caminhar, a trabalhar e a existir, dedico este trabalho. Sem eles, certamente, não haveria um "eu existo". Aqui, trata-se, acima de tudo, de partilhar uma realização que a todos nós diz respeito. À minha mulher, a quem devo a possibilidade de persistir na realização desta tarefa, a capacidade para me manter concentrado em cada detalhe do trabalho, a possibilidade de discernir soluções para as dificuldades que foram surgindo e a energia emocional para transformar as adversidades em oportunidades de aprendizagem. O resultado deste esforço resulta, pois, de um projecto de vida comum, em que é difícil destacar o autor do co-autor, o corpo do espírito, a razão do coração. Como é natural, ambos se complementam neste processo de (re)criação.

Resumo

Introdução. Nos países industrializados o tabagismo constitui o principal risco evitável de morbilidade e morte prematura, estimando-se que em Portugal 19,5% da população fume. Assim, é fundamental realizar investigações sobre os factores psicossociais na dependência de cigarros.

Objectivos. O primeiro estudo, avalia as qualidades métricas dos instrumentos de relato pessoal utilizados. O segundo estudo, investiga a associação entre o hábito tabágico, o perfil emocional e o perfil tabágico, numa amostra da população geral portuguesa.

Participantes. Constituíram-se cinco amostras não probabilísticas da população geral portuguesa, residentes no Distrito de Lisboa. Os dados foram recolhidos em postos de medicina laboral, na Universidade Lusófona e na comunidade, neste caso através do método "bola de neve". A amostra total contou com 762 participantes, 305 homens e 457 mulheres. As idades oscilaram entre os 17 e os 73 anos (M = 33,4; DP = 12,2).

Instrumentos. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico (EAHT), perfil emocional e perfil tabágico.

Conclusões. Tendo em conta a estratificação por sexo e hábito tabágico, (1) registaram-se diferenças na EAHT, particularmente na carga tabágica, no simbolismo associado ao tabagismo, no perfil de inalação, na percepção de risco, nas tentativas para deixar de fumar, na história de tabagismo familiar, no relato de doenças e no consumo de bebidas estimulantes. (2) A afectividade negativa contribuiu pouco para explicar a evolução dos hábitos tabágicos. (3) Os homens fumadores apresentam maior nível de dependência física, enquanto as mulheres revelam maior dependência emocional. O hábito tabágico desencadeia reacções de dissonância cognitiva e ambivalência emocional, especialmente duradouras e importantes nas mulheres. O

sentimento de competência pessoal para não fumar aumenta ao longo do tempo de abstinência. (4) É possível reproduzir o modelo transteórico em diversos aspectos, particularmente os constructos sobre a auto-eficácia e os processos de mudança, apesar das dificuldades em operacionalizar algumas medidas e previsões.

Palavras-chave

Tabaco. Nicotina. Tabagismo. Nicotino-dependência. Preditores de tabagismo.

Abstract

Introduction. In industrialized countries tobacco is the leading cause of preventable morbidity, and premature death, being esteemed that around 19,5% of the Portuguese population smokes. Thus, it is crucial to develop research in the field of psychosocial risk factors associated with nicotine dependence.

Objectives. The first study assesses metric properties of the self-report instruments used in this research. The second study, researches the association between smoking habit history, emotional profile and tobacco profile, in a sample of the Portuguese population.

Participants. Five non-probabilistic samples of the general Portuguese population were gathered, with residence in Lisbon district. Data were collected at labor medicine offices, at Lusófona University, and at the community, in this case through a snow ball method. The final sample included 762 participants, 305 males, and 457 females. The age range from 17, and 73 years old (M = 33,4; SD = 12,2).

Instruments. Interview for Assessment of Tobacco Habits (IATH), emotional profile, and tobacco profile.

Conclusions. Considering sex, and tobacco habits stratification, (1) differences were found in the IATH, namely heaviness of smoking, symbolism of smoking, inhalation profile, risk perception, smoking cessation attempts, family history of tobacco, disease report, and consumption of stimulant beverages. (2) Negative affectivity has little contribution to explain the development of smoking habits. (3) Smoking males are characterized by heavier physical nicotine dependence, while females revels greater emotional dependence. The smoking habits trigger cognitive dissonance reactions, and emotional ambivalence, especially lasting and important for women's. A self-competence feeling for deterring smoking temptations increases along the abstinence period. (4) The transtheoretical model is replicable in several

aspects, namely the self-efficacy, and the processes of change constructs, despite difficulties in some measures and predictions.

Key-words

Tobacco. Nicotine. Smoking habits. Nicotine dependence. Smoking predictors.

Prefácio

Para um psicanalista interessado em descobrir as motivações profundas que conduzem um não fumador a escolher o tema do tabagismo para sua tese de doutoramento, seria incontornável colocar a pergunta "porquê"? Naturalmente, poderíamos antecipar algumas das explicações psicanalíticas, como o papel da oralidade, da identificação projectiva com os fumadores, o simbolismo fálico do cigarro ou uma qualquer "fixação" infantil. Para alguém mais interessado no modelo humanista, na fenomenologia ou no construtivismo, porém, existe um óbvio equívoco na colocação da questão. Ao invés do causal "porquê", interessará compreender o "como", o "para quê" ou o sentido dessa escolha.

Então, "como" é que as coisas aconteceram? Obviamente, não seria pertinente, nem útil, vasculhar os recantos da minha infância. Reconheço, porém, no sentido fenomenológico, a necessidade de recuar para melhor saltar. Com alguma ironia recordo que no início da minha formação como psicólogo, não apenas me sentia fortemente inclinado para o estudo da psicanálise, como mantinha um certo cepticismo em relação às áreas relacionadas com a Psicologia da Saúde. Entretanto, comecei a interessar-me pela fenomenologia e pela epistemologia, estimulado por reflexões de alguns Professores.

Com a conclusão da Licenciatura, iniciaram-se uma série de mudanças vocacionais. Em 1995 fui convidado para monitor da Cadeira de Psicopatologia Geral, na Universidade Lusófona e, a partir de 1996, a convite da Dra. Isaura Lourenço, tornei-me assistente numa Disciplina cujo principal conteúdo era, precisamente, a Psicologia da Saúde. Nesse mesmo ano começaria a minha actividade docente na Disciplina de História e Sistemas da Psicologia. Um ano mais tarde, iniciei o Mestrado em Saúde Mental e o pragmatismo que necessitei de adoptar, afastou-me dos "assuntos filosóficos". Nessa ocasião, o tabagismo era um dos temas disponíveis para desenvolver durante a parte escolar, mas decidi não o escolher por estar mais

interessado na reabilitação psicossocial e nas emoções negativas. Mais tarde, voltaria a aproximar-me da temática, ao desenvolver a tese de mestrado na área da Psicocardiologia. Neste período, novos acontecimentos particularmente gratos e importantes viriam a ocorrer, sendo um dos mais relevantes o facto do Prof. Doutor Evangelista Rocha ter aceite ser meu Orientador de mestrado. Neste âmbito, encetei também um conjunto de contactos com o Professor Doutor Charles Spielberger, relacionados com os direitos de cópia e autorização para utilizar o *State-Trait Anger Expression Inventory*® (STAXI®). Foi desta forma que acabei por conhecer o Professor Doutor Danilo Silva e as suas investigações no domínio do STAXI®, estabelecendo-se, gradualmente, uma relação de trabalho e amizade.

Estimulado pelos meus Mestres, interessei-me pelo tabagismo e a determinado momento tornou-se óbvio que esse seria o tema para a tese do doutoramento. Comecei a estudar a literatura e elaborei um projecto de investigação, sob orientação do Professor Doutor Danilo Silva. Em 28 de Novembro de 2002, o Conselho Científico da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa, aceitou a candidatura para doutoramento e um ano depois tornei-me bolseiro da Fundação para a Ciência e a Tecnologia. A criação das condições profissionais necessárias para me dedicar por completo a esta investigação, devo-as à amizade da Dra. Isaura Lourenço e à sua capacidade para defender de forma intransigente os seus pupilos e colegas. Na sequência da formação psicoterapêutica em que entretanto me envolvi e após completar vários cursos sobre desabituação tabágica, foi aberta uma Consulta de Desabituação Tabágica que resultou de um protocolo entre o Hospital Júlio de Matos (Clínica Psiquiátrica I) e o Centro de Saúde de Odivelas. Este feito apenas foi possível graças à actuação da Dra. Noélia Canudo, com a sua capacidade para ajudar e acreditar, apesar de todas as adversidades e obstáculos.

*

* *

Ao longo deste percurso, aquilo que fiz foi dividir a complexa tarefa que tinha em mãos, em pequenas parcelas mais simples. Ao conseguir atingir cada pequena meta, deixava-me evadir por uma sensação de alegria, como se as coisas afinal não fossem tão difíceis ou longínquas. Assim, não apenas lidava com a discrepância entre a minha realidade actual e a distância do objectivo final, mas ia também tolerando menos mal o medo de não chegar. Cada vez que alcançava um destes adoçantes da realidade, lançava-me num novo compromisso, ora com colegas, ora com instituições. De

maneiras diferentes, fui experimentando a sensação de estar perto e longe de atingir novamente a serenidade. A necessidade de restabelecer o sentido de coerência e a presença das pessoas que me são queridas deram-me energia em momentos de desalento.

Nesta travessia viajei sempre com a Paula, minha companheira e mulher. A sua capacidade de compreensão, o seu carinho e o seu apoio incondicional, foram decisivos para poder continuar. Partimos juntos e juntos investimos nesta jornada. Durante este tempo amadurecemos, crescemos e consolidámos uma união que nos preenche como pessoas. Este é o nosso primeiro filho e agora estamos prontos para nos aventurar num projecto muito mais valioso e real, o de criar e cuidar de filhos humanos. Novamente precisamos um do outro, para toda a vida e se houver vida depois desta, lá estaremos mais próximos do que nunca. Dos meus pais e dos irmãos, recebi os recursos que hoje me caracterizam na essência. Dessa dádiva sempre tentei fazer o melhor uso, porque quem recebe amor paterno e fraterno, tem tudo o que necessita para se fazer gente. Ao nível científico, humano e, atrever-me-ia a dizer, no plano da amizade, o Professor Doutor Danilo Silva foi um verdadeiro Orientador e pedagogo. Nos momentos em que me senti perdido, receoso ou ambivalente, recebi do meu Orientador a indicação dos pontos cardeais que ajudaram a compreender onde me encontrava e, naturalmente, que direcção seguir. Quando empreendi por trajectos mais espinhosos, a sua experiência foi fundamental para suavizar o meu caminho e, por vezes, fui resgatado de lugares por onde era escusado passar. Numa viagem como esta, necessitei de mantimentos e agasalho. O exemplo e incentivo do meu Orientador, alimentaram-me o espírito e o calor da sua amizade, protegeu-me de intempéries. Cabe ainda uma palavra muito especial ao Dr. Fernando Branco que com a sua paciência, candura e rectidão de pensamento, lançou luz sobre as técnicas da análise estatística. A sua generosidade é evidente, não só pelos ensinamentos que está sempre disposto a colocar ao dispor dos outros, mas também por uma certa filosofia na qual cultiva a arte de "ensinar a pescar". Não esquecerei que pela segunda vez me encontro na situação de lhe expressar a minha gratidão, a primeira na sequência da tese de mestrado e agora nesta investigação que apresento para obtenção do grau de Doutor. Certamente que vou continuar a procurar motivo para usufruir do seu saber e da sua presença.

*

* *

Além do significado emocional deste trabalho, também retiro um sentido mais abstracto e teórico. É claro que não pode existir qualquer determinismo ou pré-definição no curso da vida. O significado dos actos e das escolhas não está encerrado na pessoa, uma vez que "existimos-no-mundo". Isto leva-nos também a abandonar a ambição de encontrar as causas para os assuntos humanos e a optar pela compreensão do sentido pessoal e da direcção do projecto de vida (teleonomia[1]). As circunstâncias precipitam-se, o curso da realidade move-se e é sempre difícil antever o que vem a seguir. Assim, é a constante abertura do processo ontológico que assegura a leitura da realidade, a assimilação das novas experiências, ao mesmo tempo que preservamos as memórias e a coerência da nossa identidade. Deste ponto de vista, a realidade é construída pela intercepção entre: (1) um organismo humano activamente balanceado para a procura de informação e síntese de significados, (2) um contexto social externo representado, quer pelo ecossistema, quer pela comunidade humana e (3) um processo histórico, pontuado por mudanças culturais, sociais e étnicas.

Partimos, pois, do princípio de que o indivíduo não é, nem uma caixa negra, nem um sistema psicohidráulico, nem, tão pouco, um processador cibernético, mas antes um organismo vivo, altamente complexo, maleável e exposto a um meio mutável, repleto de desafios. A abordagem científica do indivíduo enquanto sistema vivo, dotado de intencionalidade, criatividade, consciência e determinação própria, porém, nem sempre é fácil. Como se sabe, a ciência opera habitualmente através de métodos que tendem a simplificar a realidade. É, portanto, compreensível que os modelos positivistas da Psicologia, particularmente o comportamentalismo e o cognitivismo, dominem a cena internacional, pela consonância que apresentam com esta demanda por produtos científicos objectiváveis, mais fáceis de compreender e de assimilação acelerada. Apesar destas circunstâncias, importa não perder do horizonte a panóplia de questões filosóficas e epistemológicas que pendem sobre a própria ciência. Metaforicamente, referimo-nos aqui ao fôlego e à capacidade de respiração científica, a qual depende da sua dimensão hermenêutica, ou seja, da capacidade para interpretar o sentido dos saberes.

[1] A utilização da expressão "teleonomia", baseia-se em Mahoney (1998) que a distingue claramente da "teleologia". Enquanto a teleonomia envolve uma tendência à direcção sem destino pré-definido, como no caso da evolução biológica e da personalidade humana, a natureza do sistema teleológico é a de ser dotado de uma direcção para um objectivo específico ou para um estado final.

Como consequência, senti necessidade de tentar conjugar duas faces da mesma realidade científica, ou seja, o lado da ciência normal[2] e a sua faceta mais vanguardista e menos consolidada. Se com a primeira perspectiva (ciência normal) alcançamos respostas lineares às perguntas "porquê", com a segunda (vanguarda científica) somos informados por meio de uma abordagem mais compreensiva e, eventualmente, ambígua. Esta tensão entre objectividade e subjectividade, reflectiu-se, desde logo, na escolha do título da tese. Seria possível, em vez do subtítulo *"Factores" biocomportamentais associados ao tabagismo*, ter optado pelo conceito de *"Preditores" (ou mesmo determinantes) biocomportamentais*... Como solução de compromisso, porém, pareceu mais adequado procurar um nível menor de determinismo ou pendor explicativo, embora, naturalmente, um trabalho desta natureza deva aceitar essa característica. Esta preocupação conduziu ao substantivo *Factor* que se revelou suficientemente generoso, albergando, debaixo do mesmo tecto conceptual, o sentido da explicação e da compreensão. Etimologicamente, o termo *Factor* deriva do francês *facteur* que se refere às noções de executante, fazedor, fabricante, autor ou criador (Machado, 1990) e comummente define-se como elemento que *determina* ou *contribui* para um certo resultado (ACL, 2001).

[2] A expressão "ciência normal", está enfeudada na concepção kuhniana que a define como toda a investigação *firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas. Essas realizações são reconhecidas durante algum tempo por alguma comunidade científica específica como proporcionando os fundamentos para a sua prática posterior. Embora raramente na sua forma original, hoje em dia essas realizações são relatadas pelos manuais científicos elementares e avançados. Tais livros expõem o corpo da teoria aceite, ilustram muitas (ou todas) as suas aplicações bem sucedidas e comparam essas aplicações com observações e experiências exemplares* (Kuhn, 1994, *p*. 29).

Introdução

O tabagismo representa, em todo o mundo, uma séria ameaça à saúde dos indivíduos e das populações, constituindo um dos comportamentos evitáveis que mais contribui para a deterioração da qualidade de vida, bem como para o aumento da morbilidade e da mortalidade. Sabe-se, adicionalmente, que o consumo de tabaco é acompanhado por outros riscos comportamentais, designadamente o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados ou o consumo excessivo de álcool e de café, factores que potenciam, de forma sinergética, a probabilidade da incidência de doenças crónico-degenerativas. Estima-se que nos países industrializados, particularmente nos Estados Unidos da América, a magnitude desta epidemia afecte 50% da população, tendo em consideração que aproximadamente 25% dos norte-americanos são ex-fumadores e cerca de 25% continuam a fumar (Giovino et al., 1995). Portugal é um dos países da União Europeia com menor prevalência de tabagismo (WHO, 1997), com os dados do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2003) a apontar para uma taxa de 19,5% na população com mais de quinze anos de idade. Importa, porém, salientar que, em termos comparativos, o preço dos cigarros e dos mais baixos na Europa, só sendo superado pela Espanha. Curiosamente, Portugal é também dos países com maior imposto sobre os produtos do tabaco (80%), valor que apenas é superado pela Dinamarca, com uma taxa de 81% (WBG, 2001).

A fim de promover o controlo da pandemia tabágica, seria importante que as aprendizagens recolhidas em outros países, no contexto da luta anti-tabágica, pudessem ser adequadas ao contexto nacional. Para que estas experiências possam ser devidamente rentabilizadas, é urgente, não apenas desenvolver mais investigação e competência humana, mas também programas de educação e promoção para a saúde (Becoña, Palomares & García, 2000; DGS, 2001), implementar intervenções de motivação para a mudança (Miller & Rollnick, 1991, 2002), bem como consultas de desabituação tabágica, numa dupla vertente, a cessação (Becoña & González, 1998; Fiore et al., 2000; Soares & Carneiro, 2002) e a prevenção da recaída (Marlatt &

Gordon, 1985; Trigo, 2006). Estes programas de desabituação tabágica, por seu turno, deverão ser desenvolvidos, quer a partir dos cuidados primários de saúde (García et al., 2002) e de serviços de saúde especializados (Fagerström, 2002; 2002a; Joseph & Fu, 2003), quer com base na comunidade, devendo dar-se especial prioridade aos fumadores de alto risco (Farrow & Samet, 1991).

Este é um empreendimento difícil que exige a participação da sociedade como um todo. Cidadãos em geral, empresários, profissionais da saúde, educação e justiça, bioquímicos, investigadores, comunicação social, técnicos de *marketing*, poder político, líderes de opinião e figuras públicas, todos têm um contributo imprescindível a prestar. Isto porque a dependência de cigarros é um problema complexo e multifacetado. Aliás, os profissionais de saúde caracterizam o tabagismo como uma doença com dependência física, psicológica, emocional, comportamental e social, marcada por um curso crónico com tendência para a recidiva (APA, 2002; Fiore et al., 2000; Soares & Carneiro, 2002). Do ponto de vista do adolescente, fumar é essencialmente uma forma de socialização e um desafio, ao passo que, para o fumador dependente, o cigarro constitui uma fonte de gratificação. Na realidade, cada uma destas perspectivas parece aniquilar as restantes, criando monólogos difíceis de ultrapassar. Certamente que, em todos os pontos de vista, existe uma parcela de verdade e é importante descentrarmo-nos de causas excessivamente personalizadas ou corporativas.

A dependência da nicotina diz respeito ao prazer, entendido não apenas como dimensão subjectiva da fruição, mas também numa perspectiva biocomportamental de procura dos níveis óptimos de estimulação fisiológica e emocional. Isto implica que o fumador, à medida que as concentrações sanguíneas de nicotina diminuem, se envolva num processo sistemático de regulação dos seus sintomas de privação, cujo objectivo é evitar o desconforto e, portanto, o desprazer de não fumar. Existe, por outro lado, uma aprendizagem, generalização e automatização do comportamento tabágico que incorpora profundamente o cigarro e os respectivos rituais de auto-administração, na imagem corporal e na identidade pessoal. Na verdade, o fumador não se concebe sem o cigarro e essa simples ideia é suficiente para nele desencadear uma reacção intensa de angústia ou desamparo. Fumar é, assim, um comportamento ao qual a pessoa se entrega de "corpo e alma", implicando um paradoxo, ou seja, aquele que acende o cigarro para satisfazer a sua necessidade, será gradualmente "apagado" por ele, devido aos malefícios que o seu consumo acarreta. Importa também ponderar, por seu

turno, os aspectos sociais. Como poderá um jovem resistir à tentação de experimentar fumar, quando o pai, o irmão mais velho, o melhor amigo ou a namorada fumam? Esta forma de persuasão social, exercida, não necessariamente pela insistência em fumar ou pela oferta de cigarros, mas por processos de identificação e socialização com modelos pró-tabagismo, é extremamente poderosa e subtil (Chassin et al., 2000; Nofziger & Lee, 2006; Soldz & Cui, 2001; Wetter et al., 2004).

Como se torna evidente, o tabagismo envolve algo de irracional que ultrapassa, não só o controlo do fumador, mas, de alguma forma, a própria compreensão dos investigadores e dos profissionais envolvidos na luta anti-tabágica. Os diversos modelos e teorias, porém, podem ajudar a clarificar o papel dos factores biocomportamentais e psicossociais associados ao tabagismo. Embora seja necessário reconhecer que muitas das concepções, neste domínio relevantes, não tenham sido desenvolvidas a propósito do tabagismo, como é o caso, por exemplo, da teoria da dissonância cognitiva (Festinger, 1975) ou do modelo de Marlatt e Gordon (1985) sobre a prevenção da recaída em alcoólicos, estes contributos revelam-se fundamentais na compreensão e no tratamento dos fumadores. Esta tarefa exige, assim, a reunião dos saberes biocomportamentais, incidindo no estudo dos mecanismos de acção da nicotina sobre o organismo e o sistema emocional, mas também de saberes psicossociais capazes de nos informarem acerca dos processos cognitivos, afectivos, emocionais e sociais implicados na aprendizagem dos comportamentos de dependência. Pela sua relevância, merecem destaque o modelo da auto-medicação (Benowitz, 1998; Gilbert, 1995; Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001), o modelo da regulação afectiva (Ikard & Tomkins, 1973; Tomkins, 1966), o modelo da diátese-stresse (Eysenck, 1967, 2000), o modelo da busca de sensações (Zuckerman, 1994, 2005) e o modelo transteórico (Connors, Donovan & DiClemente, 2001; Prochaska et al., 1994; Prochaska & DiClemente, 1982, 1983; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; 1983; Prochaska, Johnson & Lee, 1998; Velicer et al., 1995), bem como a teoria da dissonância cognitiva (Festinger, 1975), a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977, 1977a, 1989, 1997) e a teoria da acção racional e do comportamento planeado (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1967).

Fundamentalmente, aquilo que se pretende conhecer são os factores ou preditores associados ao início, manutenção, cessação e recaída no hábito tabágico. Coloca-se, então, a questão de saber por que razão algumas pessoas nunca experimentam fumar, enquanto outras se tornam fumadoras, com níveis muito

variáveis de consumo e dependência. Em suma, existirão ou não características pessoais ou contextuais capazes de identificar aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para se tornarem dependentes do tabaco e, neste grupo, quais serão as diferenças no perfil de consumo. Os vários estudos têm-se referido aos polimorfismos genéticos e biológicos (ex. história familiar de tabagismo, metabolismo da nicotina, acção dos enzimas CYP2A6 e DRD2), às características sócio-demográficas (ex. sexo, idade, anos de educação, profissão), à carga tabágica (ex. número de cigarros, teor de nicotina, anos de tabagismo, tentativas anteriores de cessação), às dimensões psicológicas (ex. percepção de stresse e vulnerabilidade à doença, auto-eficácia, ambição, emoções negativas, impulsividade), ao papel desempenhado pela personalidade (ex. neuroticismo, extroversão), à influência do meio social (ex. modelação parental, pressão dos pares, normas subjectivas) ou às condições relacionadas com a saúde e a doença (ex. gravidez, doença física, ansiedade, depressão).

De facto, a investigação científica tem chegado a muitos resultados importantes, mas, como em tantos outros domínios, também têm surgido conclusões que não são replicadas ou que contradizem dados anteriores. Como é óbvio, isto exige o desenvolvimento de diferentes tipos de estudos, designadamente de natureza clínica, epidemiológica e experimental, a fim de se conhecerem com rigor os factores preditores associados ao tabagismo, bem como os comportamentos de risco que lhe estão associados. Continuam, pois, a justificar-se todos os contributos nesta matéria, quer a nível nacional, no sentido de adaptar modelos, métodos e técnicas, quer a nível internacional, a fim de investigar quais os micro e macro processos envolvidos na dependência do tabaco. Aquilo que permanece absolutamente irrefutável, desde os estudos pioneiros de Richard Doll e Bradford Hill (1954) e posteriormente corroborados nos relatórios produzidos pelo *Royal College of Physicians* (TRCPL, 1962) e pelo *Surgeon General* (USDHEW, 1964), é que o consumo de tabaco prejudica gravemente a saúde, constituindo uma causa de doença e de morte prematura. Assim, qualquer estratégia deverá passar pela educação da comunidade e pela prevenção do consumo dos produtos do tabaco, envolvendo neste projecto as escolas, os grupos de pares e a família (Nofziger & Lee, 2006). Nos países industrializados esta consciência é hoje bastante evidente. A representação social em relação ao tabagismo mudou radicalmente. Cada vez mais, fumar deixou de ser encarado como um comportamento ou estilo de vida desejável, para passar a ser

considerado um sinal de pouca informação, um risco inaceitável ou mesmo uma doença. Em Portugal começa a assistir-se ao mesmo fenómeno, com a população a estar mais informada sobre o problema do tabagismo, embora continue a ser crucial multiplicar esforços e iniciativas.

Novos desafios continuarão a colocar-se. A indústria tabaqueira lutará por posicionar os seus produtos no mercado e, como sabemos, a sua criatividade e competência têm sido, sem dúvida, apreciáveis. No passado, a introdução do "filtro" e o conceito de tabaco "*light*" serviu para reavivar a popularidade dos cigarros e, como consequência, aumentar o número de fumadores. Há mais de vinte anos que as tabaqueiras tentam desenvolver a noção de cigarros de "risco reduzido", designadamente com menos nitrosaminas, oferecendo dispositivos aquecidos para libertar nicotina e produtos de tabaco sem fumo (ex. Eclipse®, Omni®, Advance Lights®, Accord® ou Arriva®)[3]. Neste ponto, é preciso ser absolutamente peremptório: (1) todos os produtos do tabaco são perigosos, (2) não existe nenhum nível seguro no consumo de tabaco e (3) a única forma efectiva de reduzir o risco de doença e de morte devida ao tabagismo, é prevenir o início do seu consumo e ajudar os fumadores a parar (USDHHS, 1981).

À medida que o tempo transcorre, por seu turno, também se desenvolvem novas terapêuticas para o tabagismo. Não existem, contudo, curas milagrosas e a prevenção e tratamento do tabagismo exige abordagens multicomponentes, capazes de levar em consideração os aspectos biocomportamentais, sócio-culturais e político-económicos. O contacto inicial com os cigarros implicará sempre a curiosidade humana e uma opção pelo risco, pela novidade e até pela transgressão. No caso concreto dos fumadores, também não é expectável que vários anos de dependência possam subitamente terminar, após a desintoxicação. Na realidade, a abstinência apenas marca o ponto de partida para a recuperação, uma vez que reaprender a não depender de um químico para lidar com os estados emocionais ou para reagir às situações quotidianas, é um processo que envolve retrocessos e exige perícias diversificadas (Trigo, 2006). A mudança humana depende de um equilíbrio dinâmico, no qual forças de mudança se misturam com resistências e movimentos de estabilização. Este limite para a velocidade da transformação dos processos humanos constitui um sistema de auto-protecção da integridade psicológica e do sentido de coerência. Não é, portanto,

[3] A referência a marcas comerciais tem apenas objectivos informativos, não implicando, de forma alguma, intenção de promover ou aceitar qualquer interesse relativo a esses produtos.

por casualidade que as mudanças significativas ocorrem de forma ambivalente e gradual (Mahoney, 1998).

Destes argumentos decorre que as consequências do consumo de produtos do tabaco acarretam avultados custos directos e indirectos. Por esta razão, justifica-se o estudo da temática e o investimento continuado em recursos humanos, materiais e logísticos. Tratando-se de um comportamento evitável, é, pois, fundamental que mereça a atenção daqueles que se dedicam, precisamente, às ciências do comportamento. Assim, o presente trabalho é composto por duas partes. Na Parte I, introduz-se *A problemática do tabagismo* ao longo de três Capítulos de revisão crítica da literatura. No primeiro Capítulo, o carácter é introdutório e discutem-se os aspectos relacionados com a natureza e a dimensão do problema, particularmente o aparecimento do tabaco nas sociedades ocidentais, o enraizamento e a difusão do consumo de cigarros, o estabelecimento do tabagismo como factor de risco, os principais malefícios e doenças associadas ao tabagismo, a epidemiologia e as características bioquímicas dos cigarros. No segundo Capítulo, apresentam-se noções básicas sobre a dependência de cigarros, em particular os critérios de diagnóstico e alguns dos mais importantes modelos ou teorias biocomportamentais e psicossociais relacionados com o tabagismo. O terceiro Capítulo, é aquele que aborda mais directamente os factores psicossociais da dependência de nicotina, descrevendo sucessivamente os preditores associados ao início e consolidação do consumo de cigarros, os preditores de cessação e manutenção da abstinência e os preditores de recaída. Na Parte II, desenvolvem-se dois estudos empíricos sobre os *Factores psicossociais associados ao tabagismo*. Utiliza-se, para o efeito, um protocolo de avaliação composto por uma Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, um perfil emocional e um perfil tabágico (apenas para ex-fumadores e fumadores). Enquanto o primeiro estudo (Estudo 1) se destina a aferir as *Qualidades métricas* destes instrumentos, o segundo estudo (Estudo 2) incide sobre o *Tabagismo na população geral* e visa avaliar características distintivas entre não fumadores, ex-fumadores e fumadores, bem como os perfis tabágicos dos homens e das mulheres.

Parte I

A problemática do tabagismo

Resumo

1. Natureza e dimensão do problema

1.1. O nascimento do tabagismo

1.2. Aparecimento do "filtro" e dos cigarros "*light*"

1.3. Tabagismo como factor de risco

1.4. Doenças associadas ao tabagismo

1.5. Epidemiologia do tabagismo

1.6. Constituintes dos cigarros

1.7. Teores de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono

2. Fundamentos da dependência de cigarros

2.1. Critérios de diagnóstico

2.2. Fundamentos biocomportamentais

3. Preditores psicossociais de tabagismo

3.1. Preditores associados ao início e consolidação do consumo

3.2. Preditores de cessação e manutenção da abstinência

3.3. Preditores de recaída

1. Natureza e dimensão do problema

1.1. O nascimento do tabagismo

Uma perspectiva sobre o aparecimento, a disseminação e as vicissitudes pelas quais a o tabagismo tem passado, espelhará, necessariamente, os processos civilizacionais vividos no ocidente e no oriente, no norte e no sul do planeta. Este percurso, à semelhança do que ocorre com outros fenómenos humanos e sociais, tem de retractar histórias de poder (lucro da indústria tabaqueira), de prazer (deleite pelo consumo do tabaco) e de morbidez (dependência e doença física), cruzando-se, durante o seu trajecto, com discursos místicos, moralistas e racionalistas. Esta mistura dos níveis de análise do real, aliás, ocorreu na história da desviância, inicialmente concebida como possessão (modelo místico), depois como loucura (modelo moralista) e, finalmente, como doença mental (modelo racionalista; Beauchesne, 1989; Foucault, 1991, 1994; Trigo, 2000). É neste contexto, onde coexistem tabus, mitos, receios, erros, desinformação, inexactidão, crenças, opiniões, concepções e factos que a indústria do tabaco tem progredido numa linha recta, geralmente ascendente.

Antes de avançar, importa definir a expressão "tabagismo", cuja tradução literal do francês "*tabagisme*" se reporta ao abuso do consumo de produtos derivados do tabaco, principalmente os cigarros. O substantivo "tabaco", por seu turno, refere-se a uma planta herbácea alta, da família das solanáceas[4], cujas folhas são colhidas, curadas e enroladas para fazer charutos, cortadas para usar em cigarros e cachimbo ou tratadas para serem mastigadas ou inaladas em forma de rapé. Os actuais produtores de tabaco desenvolveram vários tipos de plantas, mas a mais comercializada é a *nicotina tabacum*, sendo a *nicotina rustica* também usada nos mercados orientais. A

[4] Família de plantas dicotiledóneas, herbáceas ou arbustivas, próprias das regiões temperadas que compreende várias espécies espontâneas ou cultivadas, ornamentais ou usadas na alimentação, cujo fruto é uma baga ou cápsula (ACL, 2001).

forma mais prática de classificar os tipos de tabacos é a referência ao método de cura e secagem da folha que pode ocorrer ao fumo, ao ar, ao fogo ou ao sol. (AAE, 1991).

Embora a origem do tabaco permaneça incerta, existem registos que apontam algumas regiões prováveis, como a ilha de Trindade e Tobago, nas Antilhas, a região mexicana de Tabasco ou o Brasil, aqui como planta usada nos rituais índios (Ramón, 2000). Os casos de Tobago e Tabasco, justificariam o termo tabaco, pela semelhança fonética entre as palavras. Tanto a expressão "tabaco", para designar a planta, como "nicotina" parecem ter sido usadas por Jean Nicot, embaixador francês que, em 1560, terá enviado tabaco de Portugal para Paris (AAE, 1991). Aquilo que parece certo é que a planta do tabaco era usada há muito tempo nos países da América do Sul pelos povos nativos, tendo entrado na Europa pela mão de Cristóvão Colombo (1451-1506), após a descoberta da América em 1492. Dois dados curiosos referem-se, por um lado, aos vestígios da planta do tabaco encontrados na múmia de Ramsès II, o que recoloca uma possibilidade que havia sido rejeitada, de o tabaco ter chegado à Europa e à Ásia, há 4000 anos e ter posteriormente desaparecido. Por outro lado, embora o tabaco ainda não fosse conhecido entre os gregos e romanos, estes povos tinham por hábito fumar cachimbo e folhas enroladas, recorrendo à pereira, ao eucalipto ou a outras plantas (Dautzenberg, 1996).

Com a chegada do tabaco à Europa, o seu consumo, especialmente em rapé, cachimbo e charuto, propagou-se para a Ásia com uma tal pujança como, até então, nenhum outro produto oriundo do novo mundo conhecera (Shammas, 1990). Provindo de um contexto cultural indígena, o tabaco era investido de diversas propriedades mágicas, nomeadamente quando era manuseado pelo xamã que soprava o seu fumo sobre os guerreiros índios do Brasil, ao mesmo tempo que pronunciava palavras do género: "para vencerem os vossos inimigos, recebam o espírito da força". Ao ser exalado sobre um paciente, reforçava o poder mágico do seu alento. Ao tabaco atribuía-se também o efeito de esclarecer a inteligência e manter a boa disposição ou a alegria (Chevalier & Gheerbrant, 1982).

Quando o tabagismo começou a disseminar-se nos círculos masculinos das cortes e elites europeias (Portugal, Espanha, Reino Unido, França, Itália, Rússia, etc.), desencadearam-se reacções polarizadas, ora realçando o prazer associado ao acto de fumar, ora a sua natureza medicinal mas, em qualquer dos casos, com fundamentos moralistas. Para alguns grupos sociais, fumar era apreciado pelo seu exotismo, efeito psicoactivo ou estatuto que proporcionava. No século XVI, o tabaco era plantado nos

jardins palacianos e confiado aos médicos da corte que o usavam para fins terapêuticos. Em 1565, a reputação medicinal do tabaco foi reforçada, quando o médico Nicolás Monardes publicou um panfleto intitulado: *Joyful news of our Newe founde Worlde*, onde realçava as propriedades curativas da planta (Gately, 2001). Desde essa data e até ao início do século XX, o tabaco passaria a integrar a farmacopeia dos vários países europeus (Eysenck, 2000).

Uma das personalidades europeias mais destacadas na defesa do tabagismo foi o castelhano Leopoldo Ramón que em 1881 publicou a sua obra - *El arte de fumar. Tabacología universal*. Neste texto, Ramón (2000) descreve o universo de prazeres e conhecimentos sobre a arte da inalação, as qualidades dos diferentes tabacos, as formas de consumo, os processos de produção, os acessórios utilizados e as regras de higiene para o fumador. Especialmente surpreendente é o prolegómeno da obra, onde estabelece dezasseis princípios que devem servir de catecismo ao fumador[5] e formula algumas exortações ao tabagismo e aos cigarros. Curiosamente, ao ler algumas passagens de uma entrevista concedida por um ilustre fumador de cachimbo, ao Cachimbo Clube de Portugal, podemos encontrar diversas semelhanças nas expressões utilizadas para caracterizar o prazer de fumar:

> "(…) Quatro fumadas/dia ajudam-no a reflectir a vida e a aprofundar conhecimentos (…). Muitas vezes o cachimbo foi o meu grande companheiro em momentos de reflexão a exigirem, algumas difíceis, tomadas de decisão. (…) As fumadas de cachimbo exigem circunstâncias e estados de espírito bem definidos. (…) Fundamentais são a calma interior, a predisposição para a vivência de um instante, inclusive uma paragem no tempo para uma centelha de inspiração". (…) O utilizador (do cachimbo) desfruta-o e cuida da sua higiene e conservação. Sem essa 'amizade e cuidados', a reflexão e o prazer sofreriam cargas negativas. É, então, o mesmo que dizer que entre fumador e cachimbo há algo muito próximo da afectividade" (Santos, 2005).

[5] 1. Fumo, logo, existo; 2. de todos os seres da criação, só o homem fuma: logo fumar prova a superioridade do homem; 3. muitos fumam, poucos sabem fumar; 4. o *cigarrista* fuma tudo sem saber o que fuma; o fumador gosta do que fuma, mas não sabe; o *tabagista* gosta e sabe o que fuma; 5. o tabaco desperta as ideias e, assim, fumar é pensar; 6. um provérbio disse: "se o mal aparecer, tomar tabaco". Fumar é, pois, uma virtude; 7. um homem pode viver dois dias apenas a fumar, logo, fumar é quase comer; 8. o cigarro de papel é um convite; 9. o charuto um banquete; 10. o cachimbo um festim; 11. tomar pó é fumar pelas narinas; 12. mascar o tabaco é fumar sem fumo; 13. o homem que nunca fumou morre com um prazer a menos; 14. fumar não tem feminino: a mulher finge que fuma; 15. todo o inimigo do tabaco é um homem que fuma muito ou que fumou tanto que já não pode fumar mais; 16. se se considera a vida como um inferno, o tabaco é um anjo que nos abre as portas do paraíso (Ramón, 2000, p. 17, tradução livre).

Da mesma forma que ao longo dos tempos tem havido fervorosos adeptos da causa tabagista, outras personalidades destacadas envolveram-se em movimentos anti-tabagistas. Um destes exemplos foi o Rei de Inglaterra James I (1566-1625) que na sua publicação intitulada – *Counterblaste to tobacco* (1604), reagia contra os malefícios de fumar e as consequências do tabagismo passivo, a que as esposas dos fumadores ficavam obrigadas. Aos poucos também surgiram credos religiosos que consideravam o consumo de tabaco um sinal de imoralidade, pouca força de vontade e egoísmo. Ao mesmo nível colocavam o hábito de beber café, chá ou álcool, devido aos seus efeitos estimulantes. O exemplo mais notório, foi protagonizado pelo movimento norte americano *National Woman's Christian Temperance Union* que, entre 1883 e 1919 empreendeu uma cruzada violenta contra o tabagismo, conseguindo fazer promulgar várias leis que proibiam a venda a menores e o consumo em locais públicos. Ao nível médico voltavam a levantar-se falsos testemunhos, afirmando-se, em 1930, que 60% dos bebés de mães fumadoras, morriam antes de atingir os dois anos de idade ou que fumar prejudicava a inteligência e o aproveitamento académico (USDHHS, 2000).

Tendo ocorrido uma sólida reacção anti-tabágica, quer na Europa, quer nos Estados Unidos da América (EUA), como pôde o consumo de tabaco vingar? Uma das razões que se tornou evidente, relacionou-se com as vantagens financeiras para os governantes, decorrentes da cobrança de taxas e direitos sobre a venda do tabaco (Eysenck, 2000). O próprio Rei James I que, como se sabe, começou por adoptar uma posição anti-tabágica, acabaria por colocar de parte as suas objecções, para que a Coroa britânica pudesse beneficiar das transacções comercias do produto (USDHHS, 2000). Além do inquestionável peso do aspecto fiscal, outros factores viriam a contribuir para que os produtos do tabaco, particularmente os cigarros, se introduzissem nos hábitos de vida das populações. Parte significativa deste resultado, porém, tem sido activamente procurado pela indústria tabaqueira que, habilmente apoiada por diferentes circunstâncias históricas e sociais, tem sabido manter um jogo de ilusões que faz lembrar o clássico de Lewis Carroll (1992), *As aventuras de Alice no país das maravilhas*, onde a ficção usurpa o lugar da realidade e esta passa a assemelhar-se à fantasia.

Não seria, porém, antes do século XIX que o consumo de tabaco se começaria a massificar. Este fenómeno coincidiu com a industrialização da produção que promoveu, simultaneamente, a aceleração dos processos de fabrico, o aumento da

produtividade *per capita* e o abaixamento dos preços de venda. Neste contexto, ocorreria também a mecanização da indústria têxtil, dos transportes e de produtos como os cereais, películas fotográficas, fósforos, farinha ou alimentos enlatados começaram a ser fabricados em série. Em 1881, James Albert Bonsack regista a patente de uma máquina para enrolar tabaco, capaz de produzir cigarros a baixo custo e com uma rapidez quarenta vezes superior à de um trabalhador experiente (USDHHS, 2000). Um ano após esta invenção, a máquina podia fabricar 120.000 cigarros por dia, em comparação com os aproximadamente 2000 diários, produzidos manualmente (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001).

As duas Grandes Guerras constituíram uma ocasião particularmente favorável à promoção do tabagismo. Durante a I Guerra Mundial (1914-1918), os cigarros já faziam parte das suas rações diárias dos soldados que eram instruídos para os fumar nos períodos de tédio ou tensão extrema. À medida que os soldados heróis, duros e irreverentes, veiculavam a imagem do fumador, o tabagismo passava a associar-se a uma imagem viril. Esta representação era perfeita para uma sociedade que entretanto se tornava cada vez mais ávida por poder e se organizava segundo as leis da sobrevivência. Numa sociedade consumista, que exigia ao mesmo tempo eficácia e simplicidade (*make it simple*), começam a popularizar-se produtos da Kleenex® como os guardanapos ou lenços de papel. Nesta época difundem-se também os copos descartáveis, as lâminas de barbear, os cigarros pré-enrolados ou os relógios de pulso que tomam o lugar dos de bolso (USDHHS, 2000). O caso do relógio é interessante, pois ilustra o que viria a ocorrer com o cigarro, relativamente ao charuto e ao cachimbo. Na guerra, os oficiais de artilharia, os pilotos ou os soldados necessitavam de relógios precisos para coordenar as operações militares, mas era essencial que este instrumento de precisão fosse prático, permitindo uma consulta rápida. Ora, os relógios de bolso não satisfaziam este requisito, essencialmente porque exigiam que o soldado tivesse de pôr a mão ao bolso para se informar sobre as horas. A necessidade de libertar os movimentos fez com que alguns soldados começassem a usar fitas para fixar os seus relógios no pulso, a fim de libertar as mãos para as tarefas da guerra. Porém, depressa passariam a ser produzidos em série elegantes relógios de pulso e, à medida que os militares regressavam à vida civil, passaram a apreciar a comodidade deste objecto para o seu dia-a-dia (Christianson, 2002).

Em tempo de guerra, mais do que nunca, o fumador precisava de um produto fácil de usar. O cachimbo não correspondia de forma nenhuma a este quesito, pois era

necessário transportá-lo, de preferência um para cada fumada, uma vez que cada cachimbo deve repousar 24 horas antes da próxima utilização. Assim, quando o soldado queria fumar, tinha de empreender um ritual pouco adequado ao cenário de guerra. Se apertasse demasiado o tabaco, apagava-se com frequência e ardia lentamente, mas se ficasse pouco acondicionado, o fornilho aquecia demais e a combustão era rápida. Por seu turno, também necessitava de materiais para limpeza, tabaco e lume. Quanto ao charuto, existiam igualmente condicionalismos. Primeiro, por ser feito manualmente, era mais caro, depois, era grande e demorava tempo de mais a consumir-se. Por outro lado, o cheiro e sabor intensos tornava-o menos apetecível aos jovens, além de poder deixar um rasto duradouro, identificável pelo inimigo. Tal como o relógio de pulso, o cigarro iria ajustar-se melhor às exigências da guerra e, mais tarde, do mundo urbano e do homem moderno, envolvido num combate pelo sucesso.

Assim, com o fim da Guerra e o problema da disponibilidade do produto resolvido, a indústria tabaqueira passou a investir somas avultadas em publicidade criativa que encorajasse os jovens a começar a fumar, promovesse a imagem do fumador e aumentasse a aceitação social do hábito. Curiosamente, as companhias de tabaco afirmavam que a publicidade não se destinava a angariar novos fumadores, mas apenas a induzir os que já fumavam a trocar de marca (Hastings & MacFadyen, 2000). Estas campanhas centraram-se, então, na utilização de mensagens persuasivas e em figuras mediáticas que surgiam, deliberadamente ou não, a fumar na televisão e em filmes (USDHHS, 1994). Ninguém pode deixar de associar a figura de *Sir* Winston Churchill ao seu charuto (poder), do Detective Sherlock Holmes ao cachimbo (astúcia) ou, durante vários anos, do *Cowboy Lucky Lucky* ao seu cigarrinho pendurado na ponta da boca (irreverência).

A propósito da publicidade aos cigarros, é inevitável referir a bem sucedida campanha que Leo Burnett desenvolveu entre 1960 e 1990, em torno do "homem Marlboro". O objectivo era transformar a conotação feminina, então associada aos cigarros com filtro, numa conotação viril e apetecível aos homens. Os modelos que deram corpo ao "homem Marlboro", alguns deles efectivamente vaqueiros de profissão, foram Darrell Winfield, Dick Hammer, Brad Johnson, Dean Myers, Robert Norris, Wayne McLaren, David McLean e Tom Mattox. Entre estas personagens, Wayne McLaren (1940-1992) e David McLean (1922-1995) viriam a morrer precocemente por cancro dos pulmões, associado ao seu hábito de fumar (Wikipedia,

2005)[6]. À medida que a imagem dos *cowboys* do *Chase Ranch* ("Rancho da Caça"), no Novo México, deixava de vender tantos cigarros, ora pelas notícias fatais da morte de alguns desses homens, ora pelos sucessivos limites à publicidade directa ao tabaco, a indústria recorria a outras estratégias mobilizadoras, como o patrocínio de desportos motorizados, os artigos de pronto-a-vestir e acessórios de moda (ex. Marlboro Classics, Camel Trophy, Dunhill) ou mesmo o financiamento a investigadores e instituições académicas.

Na década de vinte, as tabaqueiras aproveitariam os ideais de liberdade, igualdade e autonomia associados aos cigarros, para os promover junto da população feminina, então em processo de afirmação e reivindicação dos seus legítimos direitos de igualdade. Em 1926, a marca de cigarros Chesterfield patrocinava um anúncio controverso, no qual uma mulher apressava o seu companheiro, a fim de poder finalmente "soprar um bocado à minha maneira" (USDHHS, 2000).

Outras preocupações importantes na estratégia de promoção[7], relacionam-se com a acessibilidade do produto e a contra-publicidade. Quanto à acessibilidade e apesar das restrições impostas à venda de cigarros a menores, não apenas existe um incumprimento alargado destas medidas, como o uso de máquinas para venda automática dificulta bastante qualquer acção de controlo (USDHHS, 2000). Por outro lado, a gestão e aproveitamento da informação anti-tabágica tem sido conduzida com especial mestria pelas tabaqueiras. Dos vários exemplos possíveis, escolhemos um anúncio que consiste num maço da Marlboro® e o respectivo slogan - "venha à descoberta do sabor". Por baixo desta imagem surge a seguinte informação: "Deixar de fumar agora reduz significativamente os graves riscos para a sua saúde". Aproveitando a inclusão da advertência anti-tabágica, o aviso suscita, paradoxalmente, sentimentos positivos em relação ao tabagismo, uma vez que, ao parar de fumar, o perigo se dissiparia (Romer & Jamieson, 2001).

Não podemos também deixar de considerar um outro fenómeno apelidado de "efeito *boomerang*" (Hyland & Birrell, 1979), potencialmente associado a este tipo de

[6] Neste ponto, acompanhamos Udall (1963) no irónico título do seu texto, publicado numa acta da *American Cancer Society* - "Quem é que precisa de inimigos quando temos amigos como o homem Marlboro?".

[7] Deve notar-se que o *marketing*, a publicidade e as relações públicas são apenas algumas das tácticas adoptadas pelas marcas de tabaco. Nesta estratégia tem de se incluir também a intimidação, as alianças, a promoção de Associações e grupos para defesa do tabagismo, o financiamento de campanhas, a pressão sobre grupos de poder, a acção legislativa, a contratação ou aliciamento de peritos e a "filantropia" (AI, 1995).

publicidade. Neste fenómeno, as informações novas que são muito discrepantes da intenção da pessoa, tendem a provocar mudanças na direcção oposta à da informação. Assim, persuadir uma pessoa a parar de fumar sem que ela tenha qualquer intenção de o fazer, poderá exacerbar a dissonância cognitiva e os sentimentos de culpa ou angústia. Como consequência, a reposição do equilíbrio cognitivo passará por um esforço activo de minimizar e desvalorizar a importância da mudança, reforçando-se a opção por continuar a fumar (Trigo, 2005).

É curioso notar, ainda a propósito do tema da publicidade e contra-publicidade, que tem sido estudada a hipótese de empacotar os cigarros em maços genéricos, de forma padronizada e sem a primazia da imagem de marca. A justificação desta iniciativa baseia-se na convicção de que eliminar parte significativa da imagem do produto tornaria os cigarros menos atractivos, uma vez que deixariam de suscitar as mensagens promovidas pela indústria tabaqueira (Mahood, 1995).

1.2. Aparecimento do "filtro" e dos cigarros "*light*"

Desde a década de cinquenta que a indústria tabaqueira começou a aperceber-se, por um lado, da necessidade de produzir cigarros mais suaves, especialmente atractivos para aqueles que iniciam o seu hábito (USDHHS, 2000), por outro lado, da importância de criar a imagem de um produto seguro e saudável, à medida que os malefícios do tabagismo se tornavam evidentes. Esta estratégia, conhecida na literatura como o *tar derby*, assinalou o início da produção em série de cigarros com "filtro" e da introdução do conceito de cigarros "*light*", aliás seguido em outros sectores da indústria alimentar. Quem não conhece os gelados "*light*", as colas "*light*", as batatas fritas "*light*", o café descafeinado e, mais recentemente, a explosão de bio-alimentos e gorduras para barrar o pão, com laboratórios a assegurar a sua qualidade clínica? É com este mesmo espírito que, no auge da campanha "*light*", um anúncio da marca Lucky Strike produzia a seguinte declaração: "20.679 médicos confirmaram que os Lucky Strike são menos irritantes para a garganta que qualquer outra marca de cigarros" (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001).

Antes da década de cinquenta porém, a produção de cigarros era bastante mais simplificada mas, a partir da década de sessenta, o "filtro" seria introduzido. Nesta primeira fase, o filtro pretendia evitar que os fumadores tivessem de tirar pedaços de tabaco da boca enquanto fumavam, ao mesmo tempo que reduziam os custos de produção, uma vez que o material de "filtragem" era menos caro que o tabaco. Apesar destes "filtros" não terem sido concebidos para alterar o sabor ou para reduzir as concentrações de condensado, a partir da publicação dos Relatórios sobre tabaco e saúde, no Reino Unido (TRCPL, 1962) e Estados Unidos da América (USDHEW, 1964), a *British-American Tobacco* (BAT) empenhou-se, entre 1960 e 70, no fabrico de cigarros que pudessem ser aceites como menos perigosos (PSFC, s/d).

Acreditava-se, neste período, que a possível associação entre tabaco e cancro estaria relacionada com o efeito irritante do fumo sobre os tecidos e, por inerência, cigarros mais "suaves" seriam encarados pelos consumidores como mais seguros (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001). Durante algum tempo, as autoridades de saúde terão sido convencidas e, com a inovação "*light*", a dependência nicotínica tornar-se-ia *heavy*. Neste período, mais pessoas começavam ou recomeçavam a fumar, ao mesmo tempo que diminuía o número daqueles que paravam.

Em que consistiu afinal, o segredo dos cigarros "*light*"? Para conseguir obter leituras mais baixas nas máquinas de fumar, a indústria tabaqueira modificou a produção dos cigarros através de quatro soluções de engenharia (PSFC, s/d): (1) aumentou a pressão do filtro, exigindo maior esforço para inalar, (2) aumentou a porosidade do papel do cigarro, fazendo entrar maior quantidade de ar em cada inalação, (3) introduziu um sistema de ventilação, através de um anel com micro-perfurações feitas a laser no papel do filtro e (4) expandiu o tabaco, alterando os processos de enchimento dos cigarros e, consequentemente, reduzindo a quantidade de tabaco necessário para a sua produção.

Nos anos oitenta uma parte significativa dos cigarros usavam a tecnologia da ventilação, mas estes "*light*" de primeira geração não libertavam a quantidade de nicotina a que os fumadores estavam habituados. Era comum a sensação de "fumar ar" e existiam queixas em relação à dificuldade de puxar o fumo durante a sua inalação. Uma nova revolução surgiria entre 1980 e 90, com o desafio de reforçar a satisfação de fumar, com o mínimo de esforço. Foi neste contexto que surgiu a acção de Patrick Dunn, responsável por introduzir dezoito medidas, listadas sob o título elucidativo - "*Making the smoke work harder*". Genericamente estas inovações

bioquímicas envolveram (PSFC, s/d): (1) acelerar a magnitude e impacto da nicotina, (2) melhorar a absorção oral e nasal da nicotina, (3) reduzir o efeito de "boca seca" aumentando a vontade de inalar e (4) diminuir a quantidade de nicotina livre (ver Quadro I). Do conjunto de medidas adoptadas, o conceito funcional de elasticidade[8] merece especial atenção, uma vez que este princípio permitiu aos fumadores obter níveis de nicotina superiores aos definidos nos seus maços de tabaco. Ao aumentar a elasticidade dos cigarros, aumentava também a quantidade e impacto da nicotina sobre o fumador, sem que ele tivesse de mudar a sua maneira habitual de fumar.

1.3. Tabagismo como factor de risco

Até à década de 50, fumadores e não fumadores fundamentavam as suas disputas em opiniões e crenças socialmente difundidas mas, a partir deste período, começaram a surgir provas científicas acerca dos malefícios do tabagismo. Gradualmente, o movimento puritano e moralista norte americano, colidindo com o igualmente forte movimento libertino, ganhava uma legitimidade reforçada à medida que o seu discurso se fundia com a concepção médica de um problema que outrora pertencera apenas à esfera da decisão pessoal. Mas como se desenvolveram as pesquisas que conduziram à descoberta da associação entre a etiopatogenia de várias doenças físicas crónicas e o tabagismo?

Durante o século XIX, a comunidade médica começou por aplicar os métodos laboratoriais derivados da bacteriologia ao problema do tabagismo, na expectativa de identificar eventuais processos patológicos. Os resultados desta abordagem, porém, revelar-se-iam pouco frutíferos. Apesar de William Mackenzie, em 1830, sugerir existir um quadro de ambliopia provocado pelo consumo de tabaco, William Meany, em 1898, listava outros factores e condições clínicas associados à sua etiologia, relançando a controvérsia. Os argumentos nessa época baseavam-se em exemplos simplistas nos quais se comparavam fumadores sem a doença e não fumadores com a doença, bem como casos de doentes que continuavam a fumar, ao mesmo tempo que os sintomas de ambliopia cessavam (Jones & Brandt, 1998). Mais tarde, seria

[8] Se o fornecimento de condensado aumenta na proporção directa do volume da inalação, então o produto não é elástico (elasticidade = 1). Se a libertação de condensado aumenta mais rapidamente que o volume da inalação, então o produto é elástico (elasticidade > 1).

definitivamente descartada a hipótese de existir uma associação entre o tabagismo e a ambliopia tabágica (USDHEW, 1964).

Quadro I. Fazer o fumo trabalhar mais (*Making the smoke work harder*).

Um conjunto de sugestões sobre este tópico foram levantadas e enumeradas sob a forma de pontos.

1. Efeito sensorial
   - Resposta sensorial imediata e aguda
   - Resposta fisiológica de maior duração
2. Impacto e sabor
   - Acelerar a magnitude
3. O pH no fumo
4. Proporção de nicotina livre e ligada
   - A melhor forma de nicotina
   - Livre, base, ou outras
5. Interacção da nicotina e outras substâncias
   - Satisfação ao nível da cavidade oral
   - Satisfação pulmonar e física
6. Assimilação da nicotina através do nariz
   - i.e. Fase de vapor da nicotina
7. Uso de humificantes na modificação do tamanho das partículas do fumo ou as concentrações de nicotina na fase de vapor
8. Intensificação do sabor relacionado com o tamanho das partículas
9. Redução da irritação relacionada com os ácidos gordos
10. Agentes de tensão de superfície
11. Modificar os aerossóis convencionais
12. Que factores controlam a capacidade humana para modificar as proporções de T/N?
13. Dependência dos sais de pirazina
14. Dispersão do fumo na boca e ciliastase pulmonar, absorção bocal
15. Envelhecimento do fumo
16. Filtração selectiva
    - i.e. Teflon, Duolite
17. Agentes de salivação
    - O uso de hidrocarbonetos interfere com o paladar
18. Política sobre a elasticidade e/ou percepção humana do fumo na boca em relação com o padrão mecânico de libertação

P. Dunn

Baseado em PSFC, s/d.

Os avanços mais significativos só ocorreriam a partir de meados do século XX, impulsionados por duas circunstâncias científicas. Em primeiro lugar, o foco da atenção médica deslocou-se da ambliopia tabágica e da suposta tosse benigna do fumador, para o cancro do pulmão e para a doença das artérias coronárias, cuja incidência começava a dominar as estatísticas vitais. Em segundo lugar, os métodos laboratoriais usados na identificação dos agentes etiológicos das doenças infecciosas foram substituídos por métodos epidemiológicos, mais adequados ao estudo da associação entre a exposição aos factores risco e as doenças crónicas. Na realidade, a noção de agente etiológico, tão central durante a primeira Era da Saúde Pública

(1830-1950), revelar-se-ia insuficiente para compreender as pandemias emergentes na segunda Era da Saúde Pública[9].

Com a transformação dos principais agentes patogénicos que deixaram de ser infecto-contagiosos e passaram a ser ambientais e comportamentais, reformou-se também o antigo conceito de tríade ecológica da saúde. Segundo esta concepção simplista, a doença humana é explicada por uma relação causal entre o agente, a pessoa susceptível e o ambiente biofísico. À medida que se compreendia o papel patogénico dos aspectos psicológicos e sociais, a ideia de ambiente deu lugar à noção de inter-relação e o conceito de agente causal, transformou-se na noção de factor de risco[10]. Surgia, assim, um modelo mesológico da saúde que valorizava a exposição humana aos factores de risco (endógenos *vs.* exógenos), por meio de inter-relações biofísicas e psicossociais (Faria, 1993). A doença passa a ser estudada como resultado de um processo eco-bio-comportamental complexo, reconhecendo-se que o estudo do risco e o uso dos métodos estatísticos deveria considerar simultaneamente: (1) a consistência, (2) a força, (3) a especificidade, (4) a relação temporal e (5) a coerência da associação (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001).

Foi neste contexto que começaram a surgir as primeiras investigações. Nos Estados Unidos, Raymond Pearl (1938)[11] um bioestatístico de nomeada, publicava um

[9] Durante a primeira Era da Saúde Pública que, nos países desenvolvidos, decorreu entre 1830 e 1950, vigorou o modelo sanitário, dominado pelo esforço de identificar causas biológicas e infecciosas para as doenças. Neste período, os padrões de morbimortalidade eram marcados pelas doenças infecto-contagiosas e parasitárias, a falta de higiene e sanidade do meio ambiente, as carências alimentares, as doenças profissionais, a elevada mortalidade (infantil, materna e nas restantes faixas etárias) e a baixa esperança média de vida. A partir de 1950, inicia-se a segunda Era da Saúde Pública, já marcada pela redução ou desaparecimento das anteriores causas de morte, enquanto se desenvolviam novas doenças relacionadas com bactérias e vírus mal conhecidos mas, principalmente, doenças crónico-degenerativas como as cardiovasculares, cerebrovasculares, tumores malignos, perturbações metabólicas, hipertensão, alergias, afecções ósteo-articulares, perturbações mentais, suicídio, alcoolismo, acidentes rodoviários e domésticos, etc. Nesta altura assiste-se também à redução da mortalidade e ao aumento da esperança média de vida (Ferreira, 1990; Trigo, 2000).

[10] Por factor de risco entende-se qualquer aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, de uma exposição ambiental ou de uma característica herdada que, com base em estudos epidemiológicos, se sabe estar associado à ocorrência de uma ou mais doenças e que, portanto, se julga importante evitar. A avaliação do risco é feita em termos da probabilidade de ocorrência do acontecimento desfavorável, no decurso de um dado período de tempo ou idade (Last, 1995).

[11] Apesar de controverso, Pearl era um investigador genial, talvez mesmo um dos mais proeminentes e lidos biólogos do século XX. Durante a sua vida terá publicado cerca de 720 artigos e mais de 17 livros fundamentais, quer para a comunidade científica, quer para o público em geral. Entre 1920 e 1930, interessou-se pelos efeitos do consumo de álcool e tabaco sobre a longevidade, lançando a polémica afirmação de que, enquanto o tabagismo diminuía a longevidade, o consumo moderado de álcool não era prejudicial para a saúde (Goldman, 2002). Os resultados do seu estudo, porém, não seriam citados no Relatório do *Surgeon General* de 1964 (USDHEW, 1964) que, pela primeira vez, reconhecia os malefícios do tabagismo. Uma das justificações para esta omissão poderá ter-se relacionado com a ausência de definição dos critérios de fumador pesado e o tipo de tabaco consumido (Wilson, 1964).

artigo na revista *Science*, no qual afirmava que o tabagismo era responsável pela diminuição da esperança de vida e, em 1950, Ernest Wynder e Evarts Graham reforçariam estas conclusões, num trabalho editado pelo *Journal of the American Medical Association* (Wynder & Graham, 1950). Curiosamente, Wynder era ainda estudante de medicina quando, em 1948, começou a entrevistar doentes com cancro de pulmão no Hospital de Belleview. O seu interesse surgira após assistir à autópsia de um homem com uma neoplasia do pulmão, cuja viúva lamentava o pesado hábito tabágico do marido. Impressionado pelo caso, Wynder mobilizaria a ajuda do influente Professor de cirurgia torácica, Evarts Graham que disponibilizou os seus doentes e apresentou o jovem à *American Cancer Society* (Thun, 2005). Quatro anos mais tarde o tema voltava a ser alvo de uma publicação americana, agora da autoria de Cuyler Hammond (1954), com a posterior colaboração de Daniel Horn (Hammond & Horn, 1958).

O impulso definitivo, contudo, surgiria através de uma série de trabalhos inéditos conduzidos por Richard Doll e Bradford Hill, dois epidemiologistas britânicos. O problema do qual partiam, era o aumento da mortalidade por carcinoma do pulmão que, ao longo dos últimos trinta anos, vinha afectando a população britânica. Na altura, sabia-se apenas ser uma doença mais comum no homem, nos meios urbanos, em pessoas expostas a radiações, ao alcatrão libertado pela combustão do carvão e, eventualmente, à poluição atmosférica. Segundo Doll e Hill (Doll, 2000), ambos fumadores regulares até 1949, a causa mais provável seria o fumo produzido pelo tráfego automóvel ou a camada de alcatrão das estradas que começavam a proliferar.

O plano inicial de investigação, invulgar na época, consistia num estudo de casos e controlos, desenvolvido inicialmente em vinte grandes hospitais da cidade de Londres (Doll & Hill, 1950). Foram, então, incluídos doentes com cancro do pulmão e doentes com cancro do estômago ou do intestino grosso, a fim de distinguir quais os factores apenas associados ao cancro do pulmão e os que se relacionavam com o cancro em geral. De forma surpreendente, considerando a época em que o estudo foi desenvolvido, entre as diversas variáveis avaliadas, seria o hábito de fumar aquela que se revelaria discriminativa. A fim de descartar a possibilidade dos resultados serem devidos ao acaso ou a enviesamentos, uma segunda fase do estudo estendeu-se às cidades de Bristol, Cambridge, Leeds e Newcastle, nas quais se confirmaram as mesmas conclusões. Caso já existissem métodos de cálculo do *odds ratio*, o risco dos

fumadores sofrerem de cancro do pulmão seria catorze vezes superior ao do não fumador, um valor demasiado elevado para se dever ao acaso (Thun, 2005).

Uma vez que a comunidade médica se mantinha céptica em relação a estes achados, Doll e Hill (1954) planearam um estudo de seguimento, durante dois anos e meio, envolvendo médicos britânicos. Hill sugerira a colaboração dos colegas, por pensar que estes estariam mais disponíveis mas, especialmente, porque o universo de participantes e respectivas causas de morte seriam mais fáceis de controlar através dos registos médicos centrais (Doll & Hill, 1954; Doll, 2000). Novamente se confirmaria a associação entre tabagismo e o cancro do pulmão mas, desta vez, descobria-se também uma relação com o aumento do risco de sofrer enfarte do miocárdio e bronquite crónica. Estas circunstâncias levariam a manter um registo contínuo de dados, com divulgação de resultados após quatro (Doll & Hill, 1956), dez (Doll & Hill, 1964), vinte (Doll & Hill, 1976; Doll & Peto, 1978), quarenta (Doll et al., 1994) e cinquenta anos de seguimento (Doll et al., 2004). Com a morte de Richard Doll (1912-2005), aos 92 anos de idade, o estudo passou a ser coordenado por Richard Peto.

Desta vez, seria o Reino Unido a antecipar-se aos Estados Unidos quando, em 1962, o *Royal College of Physicians* (TRCPL, 1962) reconhecia os malefícios provocados pelo hábito de fumar cigarros. Em 1964, a mesma posição era assumida nos Estados Unidos, com a publicação do primeiro *Surgeon General* (USDHEW, 1964). Dos quarenta e três Relatórios subsequentes (1964-2004), trinta e um relacionaram-se directamente com o problema do tabagismo. Até 1985 seriam as consequências do hábito de fumar a dominar a atenção mas, a partir de 1986 surge o tema do tabagismo passivo e do tabaco de mascar. Em 1988 introduz-se a noção de dependência nicotínica e, entre 1989 e 1994 há vários títulos sobre os benefícios da cessação tabágica, a par da prevenção primária. Desde 1998, assumiram preponderância questões como o tabagismo em minorias étnicas, entre as mulheres e as estratégias para redução do consumo (ver Quadro II).

Quadro II. Lista de Relatórios do *Surgeon General* (1964-2004).

Ano	Título da publicação
2004	*Bone Health and Osteoporosis: A Surgeon General's Report*
	The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General
2001	*Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity, A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*
	Women and Smoking: A Report of the Surgeon General
	Youth Violence: A Report of the Surgeon General

Ano	Título da publicação (continuação)
2000	*Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*
	Oral Health in America: A Report of the Surgeon General
1999	*Mental Health: A Report of the Surgeon General*
1998	*Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups: A Report of the Surgeon General*
1996	*Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*
1994	*Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*
	Surgeon General's Report for Kids about Smoking
1992	*Smoking and Health in the Americas: A Report of the Surgeon General*
1990	*The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*
1989	*Reducing the Health Consequences of Smoking - 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*
1988	*The Surgeon General's Report on Nutrition and Health*
	The Health Consequences of Smoking - Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General
	The Surgeon General's Letter on Child Sexual Abuse
	Understanding AIDS - America Responds to AIDS: A Message from the Surgeon General
1987	*The Surgeon General's Report on Acquired Immune Deficiency*
1986	*Smoking and Health, A National Status Report: A Report to Congress*
	The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General
	The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco
1985	*The Health Consequences of Smoking - Cancer and Chronic Lung Disease in the Workplace: A Report of the Surgeon General*
1984	*The Health Consequences of Smoking - Chronic Obstructive Lung Disease: A Report of the Surgeon General*
	Chronic Obstructive Lung Disease
1983	*The Health Consequences of Smoking - Cardiovascular Disease: A Report of the Surgeon General*
1982	*The Health Consequences of Smoking - Cancer: A Report of the Surgeon General*
1981	*The Health Consequences of Smoking - The Changing Cigarette: A Report of the Surgeon General*
1980	*The Health Consequences of Smoking for Women: A Report of the Surgeon General*
1979	*Healthy People - The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*
	Smoking and Health
1977-78	*The Health Consequences of Smoking*
1976	*The Health Consequences of Smoking: Selected Chapters from 1971 through 1975 Reports*
1975	*The Health Consequences of Smoking*
1974	*The Health Consequences of Smoking*
1973	*The Health Consequences of Smoking*
1972	*The Health Consequences of Smoking*
1971	*The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*
1969	*The Health Consequences of Smoking: 1969 Supplement to the 1967 Public Health Service Review*
1968	*The Health Consequences of Smoking: 1968 Supplement to the 1967 Public Health Service Review*
1967	*The Health Consequences of Smoking, A Public Health Service Review*
1964	*Smoking and Health: Report of the Advisory Committee of the Surgeon General* of *the Public Health Service*

Fonte: USPHS (2005).

À medida que se tornaram inequívocos os malefícios de fumar (cigarros, cachimbo, charutos e tabaco de mascar), surgiu o interesse pelos benefícios associados à cessação do consumo. Alguns dos estudos de coortes que já haviam servido para estabelecer o tabagismo como factor de risco, disponham agora de dados sobre as vantagens de parar. Entre as principais conclusões destacam-se as seguintes:

- Deixar de fumar aos 50 anos de idade reduz para metade o risco de sofrer cancro do pulmão e outros cancros, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crónica e doenças relacionadas com o tabagismo. Se o fumador parar aos 30 anos de idade, porém, poderá evitar quase totalmente os efeitos nefastos. Assim, quanto mais cedo ocorrer a paragem, maiores os ganhos para a saúde (Doll et al., 2004; Peto et al., 2000; USDHHS, 1990).
- Em média, um fumador morre dez anos mais jovem que um não fumador. Parar aos 60, 50, 40 ou 30 anos de idade permite, respectivamente, ganhos de 3, 6, 9 ou 10 anos de esperança e qualidade de vida. Isto equivale a dizer que parar de fumar, independentemente da idade, do sexo ou da existência de doença, se associa ao aumento da esperança de vida (op cit.). Num estudo curioso, Shaw, Mitchell e Dorling (2000) calcularam que, em média, cada cigarro reduz onze minutos da duração de vida. Inversamente, cada cigarro não fumado aumenta onze minutos à esperança de vida.
- A força da associação entre fumar e a probabilidade de sofrer doenças físicas, segue um efeito dose-resposta, ou seja, o risco de sofrer doença está directamente relacionado com a intensidade da exposição ao fumo do cigarro. Assim, à medida que diminui a quantidade de cigarros fumados por dia, tende a atenuar-se a gravidade da intoxicação produzida e dos riscos para a saúde (Hays et al., 1998; Rogers & Baldwin, 1999).
- As mulheres que param de fumar antes da gravidez ou durante os primeiros três a quatro meses, têm o mesmo risco das mães não fumadoras de dar à luz um bebé com baixo peso (USDHHS, 1990).
- Os benefícios de parar de fumar excedem largamente o risco de aumentar 2-3 *Kg* de peso ou qualquer efeito psicológico adverso suscitado após a cessação (op cit.).

Apesar da unanimidade científica sobre os riscos associados ao tabagismo, ainda hoje se escutam vozes dissonantes, impelidas mais pela especulação do que por uma fundamentação séria. Não deixam, porém, de ser curiosos os argumentos que Colby (2003), jurista de profissão, exibe ao longo do seu livro electrónico (*e-book*) "*In defense of smokers!*":

> "(…) Neste momento o leitor irá provavelmente perguntar, 'então e os Relatórios do *Surgeon General* não provam que fumar causa cancro do pulmão?' Realmente, eles não provam. Não é fácil encontrar cópias destes Relatórios. Quando eu comecei a minha pesquisa, vasculhei as livrarias locais sem sucesso e contactei com as grandes livrarias de todo o país. Ninguém tinha cópias. Uma das razões pelas quais os Relatórios são tão difíceis de obter é porque contêm material que pode ser embaraçoso para o lóbi anti-tabágico (…)[12]. O Relatório de 1964 foi produzido por um comité de dez 'cientistas', escolhidos de uma lista de 150 cientistas e médicos, fortemente conotados com agências governamentais e organizações de relações públicas, verificando-se assim, uma baixa representação da comunidade científica"[13] (Capítulo 7, tradução livre).

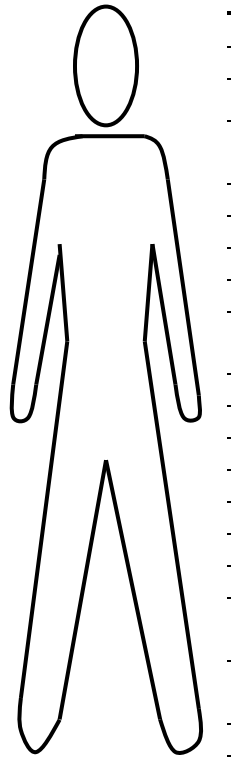
1.4. Doenças associadas ao tabagismo

A nível mundial e no contexto dos factores modificáveis de riscos (Fuster & Pearson, 1996), o tabagismo constitui a principal causa de morbimortalidade evitável nos países industrializados (Edwards, 2004; WHO, 1996). Nestes países, estima-se que aproximadamente 25% das mortes sejam atribuíveis a uma causa directamente relacionada com o tabagismo (WHO, 1996), destacando-se a doença pulmonar obstrutiva crónica (80%), a úlcera péptica (46%), os cancros (30%) e as doenças cardiovasculares (30%) (Fiore et al., 1990). No Reino Unido, durante o ano de 2002 (ONS, 2002), as mortes causadas pelo hábito de fumar foram cinco vezes superiores às 22.833 mortes provocadas por acidentes diversos (8579), doença hepática alcoólica (5121), suicídios (4066), acidentes de viação (3439), envenenamento e *overdoses* (881), homicídios (513) e infecção por VIH (234). Por seu turno, os fumadores têm um risco acrescido de agravar outros quadros clínicos, prejudicar funções orgânicas,

[12] Os Relatórios produzidos pelo *Surgeon General* podem ser gratuitamente consultados ou impressos na íntegra, através do *site* oficial desta entidade (http://www.surgeongeneral.gov/). Entre os Relatórios disponíveis, consta o documento "*Smoking and health*", datado de 1964 e que contém 387 páginas (USDHEW, 1964).

[13] Os dez cientistas que compõem o Comité do *Surgeon General* foram directamente apoiados por uma equipa de oito especialistas, um secretariado técnico de quinze pessoas e um conjunto alargado de peritos, centros de investigação, instituições académicas e agências que constam de uma lista com nove páginas (USDHEW, 1964, pp. ix-xvii). O documento final ter-se-á baseado na análise de 7000 artigos, relacionando tabagismo e doença, na altura já disponíveis. Como resultado das conclusões produzidas, o Serviço de Saúde Pública norte americano criaria o *National Clearinghouse for Smoking and Health*, mais tarde substituído pelo *Office on Smoking and Health* (NCCDPHP, 2005).

exacerbar sintomas ou sofrer doenças mais graves e persistentes (ver Figura 1). Um facto positivo que decorre de um estudo de vigilância epidemiológica sobre cinco riscos para a saúde (excesso de peso, condução sob o efeito de álcool, consumo insuficiente de fruta ou de vegetais e tabagismo) é a verificação de que o aumento da idade se associa à diminuição da exposição ao risco, excepto no que se refere à actividade física (Kamimoto et al., 1999).



Doença	Risco
Acidente vascular cerebral	1,5 vezes maior risco
Neuropatia óptica	16 vezes maior risco perda de visão
Catarata e degeneração macular	2-3 vezes maior risco
Cancro da boca, garganta e esófago	75% dos casos ocorrem em pessoas que fumam e/ou bebem
Cancro da laringe	20-30 vezes maior risco
Doença das artérias coronárias	2-4 vezes maior risco
Angina de peito	20 vezes maior risco
Doença pulmonar obstrutiva crónica	80% das mortes são em fumadores
Agravamento da asma	Maior gravidade das crises e incidência da doença
Cancro do pulmão	Um terço das mortes em fumadores
Cancro do pâncreas	2,7 vezes maior risco
Úlcera péptica	46% das mortes em fumadores
Cancro dos rins e fígado	2 vezes maior risco
Cancro cervical	4 vezes maior risco
Impotência e infertilidade	Maior risco em fumadores
Cancro do ânus	5 vezes maior risco
Osteoporose	Maior risco em fumadores de ambos os sexos
Baixa de peso à nascença	Em média, os bebés de fumadoras têm menos 200 *gr* de peso
Leucemia	1,5 vezes maior risco
Doença arterial periférica	16 vezes maior risco

Figura 1. Aumento dos riscos para a saúde associados ao tabagismo.

No que diz respeito à realidade portuguesa, as cinco principais causas de morte no ano de 2002 (/100000 hab.) são as doenças cerebrovasculares (18903), os sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte (10032), as doenças isquémicas do coração (9533), os tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu (8486) e as doenças do aparelho digestivo (4581). É curioso notar a elevada mortalidade provocada pelas doenças e neoplasias do aparelho digestivo, provavelmente associadas ao empobrecimento dos hábitos alimentares, mas também ao abundante consumo dos produtos de fumeiro, especialmente na região norte do país. Outras doenças fortemente associadas ao consumo de tabaco, como os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (3035), surgem como décima primeira

causa de morte, enquanto a bronquite crónica e enfisema (714), aparece na vigésima quinta posição (ver Quadro III).

Quadro III. Risco de morrer em Portugal (/100000 hab.), no ano de 2002.

Diagnóstico (CID - 10)	Óbitos			*Rank*
	HM	H	M	
Tumores malignos	22273	13201	9072	
Aparelho digestivo e peritoneu	8486	5025	3461	4º
Estômago	2524	1577	947	12º
Cólon	1047	520	527	23º
Aparelho respiratório	3494	2856	638	10º
Traqueia, brônquios e pulmão	3035	2453	582	11º
Ossos, tecido conjuntivo, pele e mama	1977	255	1722	16º
Mama feminina	-	-	1550	21º
Órgãos geniturinários	3785	2469	1316	8º
Colo do útero	-	-	220	26º
Próstata	1701	-	-	19º
Outras localizações	1868	987	881	17º
Tecido linfático e órgãos hematopoiéticos	1773	956	816	18º
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2042	1465	577	15º
Vírus da imunodeficiência humana	999	824	175	24º
Diabetes mellitus	4447	1841	2606	7º
Doenças do aparelho circulatório	41010	18701	22309	
Doenças isquémicas do coração	9533	5261	4272	3º
Doenças cerebrovasculares	18903	8266	10637	1º
Doenças do aparelho respiratório	9250	5249	4001	
Pneumonia	3538	1904	1634	9º
Bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma	714	437	277	25º
Doenças do aparelho digestivo	4581	2791	1790	6º
Doença crónica do fígado e cirrose	1660	1217	443	20º
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte	10032	4599	5433	2º
Causas externas de mortalidade	5741	4223	1518	5º
Acidentes de transporte	2220	1739	481	13º
Acidentes de trânsito com veículos a motor	2103	1643	460	14º
Lesões autoprovocadas intencionalmente	1210	947	263	22º
Todas as causas	106690	55687	51003	

Legenda: CID 10 = Classificação Internacional das Doenças – 10ª revisão; H = Homens, HM = Homens e mulheres; M = Mulheres; *Rank* = Posição relativa decrescente dos óbitos HM, por diagnóstico (baseado em DGS, 2004).

No que se refere aos grandes grupos de doenças crónico-degenerativas, a quarta causa de morte (/100000 hab.) é ocupada pelas doenças do aparelho digestivo (4581), a terceira pelas doenças do aparelho respiratório (9250), a segunda pelo conjunto dos tumores malignos (22273) e a primeira pelas doenças do aparelho circulatório (41010). Nota-se que, se ao grupo dos tumores malignos forem subtraídos os cancros

do aparelho respiratório e os cancros da traqueia, brônquios e pulmão, agregando-os às doenças do aparelho respiratório, ambos os grupos de doenças passam a apresentar números de mortalidade (/100000 hab.) semelhantes. Nesta situação, os tumores malignos seriam responsáveis por 15744 mortes e as doenças respiratórias, por 15779.

1.4.1. Doenças do aparelho circulatório

Em Portugal, à semelhança do que ocorre em outros países industrializados como os Estados Unidos da América (Thom et al., 1998), as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, constituem as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade. A nível nacional, contudo, observa-se uma tendência decrescente das doenças do aparelho circulatório, mais notória nas doenças cerebrovasculares que na doença isquémica (DGS, 2003). Sabe-se, por seu turno, que o tabagismo constitui um dos principais factores de risco modificáveis e é extensa a lista de investigações e relatórios que confirmam os malefícios do tabagismo sobre o aparelho circulatório (ASH, 2004 Jul.; Benowitz, 1998; Brodish & Ross, 1998; Castelli, 1984; Cavender et al., 1992; Fuster & Pearson, 1996; Futterman & Lemberg, 2000; Hays et al., 1998; Howard et al., 1998; Knuiman & Vu, 1997; McBride, 1992; Sherman, 1991, TRCPL, 1962; USDHEW, 1964; USDHHS, 1990; Wilson, 1994).

- **Doença das artérias coronárias (DAC).** A DAC resulta da diminuição ou interrupção do fluxo de sangue conduzido pelas artérias coronárias ao músculo cardíaco. As formas mais habituais de obstrução devem-se ao depósito de gordura (aterosclerose) ou à formação de coágulos de sangue (trombose) no interior das artérias. Quando este fluxo de sangue é parcialmente interrompido, pode ocorrer dor no peito (angina) ou, se ocorrer obstrução total, enfarte do miocárdio. Um minuto após inalar o fumo do tabaco, o ritmo cardíaco acelera (até 30%), ocorre uma vasoconstrição do sistema circulatório e aumenta a agregação e a adesividade plaquetária. Simultaneamente, o monóxido de carbono, libertado durante a combustão do tabaco, combina-se com a hemoglobina, formando uma mistura pobre em oxigénio (carboxihemoglobina - COHb). Estas reacções, obrigam o coração a trabalhar mais para fornecer oxigénio ao organismo (ASH, 2004 Jul.).

A relação entre fumar e a DAC foi pela primeira vez documentada num estudo conduzido pela *Mayo Clinic*, em 1940 (English, Willius & Berkson, 1940). Hoje sabe-se que o risco relativo de um fumador morrer por enfarte do miocárdio, morte súbita ou sofrer novos enfartes, é duas a quatro vezes superior ao de uma pessoa que nunca tenha fumado. Cerca de 80% dos enfartes do miocárdio, em homens até aos 45 anos de idade, é devido ao tabagismo e, neste grupo etário, os fumadores pesados têm 10-15 vezes maior risco de morrer na sequência de um enfarte. Existe, assim, uma relação dose-resposta, mediada quer pelo número de cigarros fumados por dia, quer pela profundidade da inalação, idade de início do hábito e os anos de tabagismo. Além das consequências directas e independentes, conhecem-se também efeitos sinergéticos entre o hábito de fumar e o uso de contraceptivos orais, a hipertensão arterial, a hipercolesterolémia e a diabetes.

O excesso de risco entre os fumadores decresce substancialmente, nos dois a três primeiros anos após parar. Até que o ex-fumador atinja o mesmo risco de um não fumador, porém, passarão cerca de dez anos. O risco de enfarte do miocárdio, descerá um terço durante o primeiro ano e no terceiro ou quarto ano será comparável ao do não fumador, na sequência de melhorias hemodinâmicas. Mesmo quando os fumadores só param após o enfarte, nota-se uma diminuição do risco de sofrer novos episódios, aumento da esperança de vida e menos hospitalizações subsequentes. Neste sentido, a cessação tabágica constitui um dos mais importantes ganhos na prevenção do risco de DAC.

- **Acidentes vasculares cerebrais (AVC).** Os AVC's incluem a trombose e a hemorragia cerebral. A trombose cerebral deve-se à oclusão de um vaso intra- ou extra-cerebral, provocada por um trombo, embolia ou aterosclerose, ao passo que a hemorragia cerebral inclui a ruptura de um vaso subaracnóideo ou do tecido parenquimatoso. Cerca de 11% das mortes provocadas por esta doença ocorrem em fumadores, sendo conhecido, quer um efeito dose-resposta, quer um efeito sinergético com os contraceptivos orais. Um fumador pesado (≥20 cigarros por dia) apresenta 1,5 vezes maior risco de sofrer AVC que um não fumador. Esse risco aumenta até aos 55 anos e, a partir desta idade, começa a baixar. Para as pessoas que param de fumar, os primeiros cinco e quinze anos,

são marcados pelo declínio do risco de AVC, apesar de se manter maior risco para as formas silenciosas de enfarte cerebral.

- **Doença arterial periférica (DAP).** A DAP caracteriza-se por um bloqueio dos vasos das pernas e pés que prejudica a circulação sanguínea e, em casos graves, pode provocar gangrena na perna. Os factores mais importantes para o aparecimento da DAP são o tabagismo e a diabetes mellitus, notando-se efeitos sinergéticos com outros riscos ateroscleróticos. Os fumadores têm dezasseis vezes maior risco de desenvolver DAP. Doentes com DAP que após intervenção cirúrgica não param de fumar têm maior probabilidade de recaída, amputação e de morte prematura.
- **Doença de Buerger (DB).** A DB é uma forma rara de DAP que afecta as artérias pequenas e médias, as veias e os nervos dos braços e pernas, surgindo em fumadores ainda jovens (40-45 anos de idade). A associação entre o consumo pesado de tabaco e a DB é muito forte, constituindo a cessação tabágica o único tratamento capaz de prevenir a progressão da doença e o recurso à amputação.
- **Aneurisma aórtico.** O aneurisma consiste numa dilatação anormal, localizada, de uma parte enfraquecida da parede da artéria que pode romper-se ou formar coágulos sanguíneos. Os fumadores têm duas a oito vezes maior risco de morrer devido ao rompimento de um aneurisma da aorta abdominal.

1.4.2. Tumores malignos

A neoplasia consiste na proliferação de um tecido novo que ocorre de forma autónoma, ou seja, sem obedecer aos mecanismos biológicos que habitualmente governam o crescimento e metabolismo celular. Enquanto alguns tumores crescem a um ritmo normal, apesar de não serem reconhecidos como tecidos normais (tumores benignos), outros envolvem mutações no ácido desoxirribonucleico (ADN) da célula, crescendo mais rapidamente que os tecidos dos quais derivam (tumores malignos). Estas mutações malignas da estrutura dos cromossomas são hereditárias, transmitindo-se às gerações celulares seguintes. É também comum, nos tumores malignos, o desenvolvimento de metástases que invadem outros tecidos, estabelecendo aí colónias secundárias ao seu ponto de origem. As neoplasias podem,

por seu turno, classificar-se de acordo com o tecido do qual derivam, dividindo-se em duas classes: os sarcomas, desenvolvidos a partir de tecidos de suporte (músculos, osso e gordura) e os carcinomas, derivados do tecido epitelial (pele, revestimento da boca, estômago, intestino ou bexiga). A designação de leucemia é usada para as neoplasias cujas células malignas circulam essencialmente na corrente sanguínea (AAE, 1991; Brannon & Feist, 1997).

Em termos epidemiológicos, os tumores malignos estão entre as principais causas de morte em Portugal, registando-se um aumento progressivo na incidência da neoplasia da mama, do cólon e recto, do pulmão e das neoplasias hematológicas (DGS, 2003). Relatórios britânicos estimam que uma, em cada três pessoas, irá sofrer de cancro e um terço dos fumadores morrerão devido a cancro do pulmão (ASH, 2004 Sep.). A associação entre tabagismo e cancro está bem estabelecida, não apenas na sequência dos trabalhos produzidos por Doll, Hill e seus colaboradores (Doll & Hill, 1956; Doll & Hill, 1964; Doll & Hill, 1976; Doll & Peto, 1978; Doll et al., 1994; Doll et al., 2004; Peto et al., 2000), mas também como resultado dos vários estudos e relatórios desde então produzidos (ASH, 2004 Sep.; Benowitz, 1998; Brodish & Ross, 1998; Hays et al., 1998; IARC, 2002; Sherman, 1991, TRCPL, 1962; USDHEW, 1964; USDHHS, 1990). Os tipos mais habituais de cancro provocados pelo hábito de fumar são o do pulmão, laringe, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas. Recentemente, um estudo da *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2002) incluiu nesta lista, o cancro das cavidades nasais, do estômago, do fígado, da cervical e a leucemia. Importa realçar que os doentes já afectados por um cancro provocado pelo tabagismo, estão sujeitos a maior risco de desenvolver um segundo tumor maligno.

- **Cancro do pulmão (CP).** Apesar dos mecanismos carcinogénicos do tabaco sobre o tracto respiratório não serem completamente conhecidos, sabe-se que fumar produz alterações malignas na estrutura celular, as quais ocorrem durante um período de latência de vinte a trinta anos. Na realidade, enquanto 75% dos ex-fumadores manifestam alterações no ADN das células do epitélio brônquico, revelando a existência de lesões pré-cancerígenas, apenas 3% dos não fumadores apresentam danos desta natureza (Wistuba et al., 1997).

  Se antes da produção em série de cigarros o CP era raro, entre 1920-30 assistiu-se ao aumento do consumo, acompanhado vinte anos mais tarde pela

subida dramática das mortes por CP (1940-50). O tabagismo passou, assim, a constituir o factor de risco mais importante para os principais tipos histológicos de CP, sendo responsável por 80-90% dos casos. Em 1999, no Reino Unido, 22% das mortes por cancro deveram-se a CP, actualmente a forma mais habitual de cancro em todo o mundo.

Nos homens fumadores, o risco de contrair CP é cinco a vinte vezes maior que nos não fumadores e, nas mulheres, embora seja mais baixo que nos homens (menos de metade do risco), é mais elevado que nos não fumadores. Apesar do CP ser a causa mais comum de neoplasia no homem e na mulher, o auge epidémico estabilizou nos finais de 1980 e, segundo parece, as taxas de mortalidade entre as mulheres situaram-se em valores mais baixos que a dos seus pares masculinos. Está também descrito um efeito dose-resposta, relacionado com o número de cigarros fumados por dia, com a profundidade das inalações e, principalmente, com os anos de tabagismo. Os fumadores que começaram a fumar antes dos quinze anos de idade, têm o dobro das mutações celulares, em comparação com os que começaram depois dos vinte anos. A história familiar de CP, bem como a exposição concomitante ao asbesto, urânio e rádon têm o efeito de potenciar o risco.

Os estudos longitudinais com médicos britânicos (Doll et al., 2004; Peto et al., 2000), nos quais se examinaram os efeitos da exposição e da cessação prolongada do consumo de tabaco, concluíram que deixar de fumar numa idade entre os 35 e 69 anos pode evitar o risco de CP. Esta diminuição do risco, porém, ocorre progressivamente e, após 15 anos de abstinência, a probabilidade de morrer por CP reduz entre 80 e 90%. Contudo, em comparação com um ex-fumador leve e especialmente com um não fumador, o ex-fumador pesado apresenta sempre maior risco (USDHHS, 1990). Este facto, um pouco contrário às conclusões de Doll e colegas (2004) e de Peto e colegas (2000), sugere subsistir sempre um risco acrescido de CP nos ex-fumadores (leves ou pesados), relativamente às pessoas que nunca fumaram. Por seu turno, devido ao tipo de inalação, os fumadores de cachimbo e/ou charuto tendem a apresentar menor risco de CP.

Outra preocupação crescente relaciona-se com as alterações no tipo de tumor encontrado nos pulmões de fumadores. Alguns estudos revelam que a habitual incidência de carcinomas das vias respiratórias superiores, tem sido

substituída por adenocarcinomas, localizados em áreas mais profundas do pulmão, afectando fumadores mais jovens e de ambos os sexos. Uma das possíveis explicações tem a ver com a alteração do padrão de inalação do cigarro que passou a ser mais profunda e frequente, expondo mais as áreas periféricas do pulmão (Charloux et al., 1997).

- **Cancro da boca e da garganta.** Os fumadores de cigarro, cachimbo ou charuto têm um risco semelhante de contrair cancro da laringe, da cavidade bocal (lábio, língua, boca e garganta) ou do esófago. Estes tecidos reagem à exposição ao tabaco, engrossando e sofrendo mutações celulares, potencialmente malignas. Outras afecções que podem ocorrer é a danificação das gengivas e tecidos da laringe, com perturbação da voz, bem como perda de dentes ou irritação dos olhos. Mais de 90% dos doentes com cancro da boca consomem cigarros ou tabaco de mascar. Existe uma forte relação dose-resposta, com os fumadores mais pesados a apresentarem 20-30 vezes maior risco de morrer por cancro da laringe. Comparativamente aos fumadores, nos casos de abuso simultâneo de tabaco (≥40 cigarros por dia) e álcool (≥4 bebidas por dia), ocorre um aumento em 35 vezes do risco de sofrer cancro da boca e da faringe. Para os ex-fumadores, os efeitos nefastos podem reverter-se, particularmente quando não existe lesão prévia dos tecidos.
- **Cancro da bexiga e rins.** O tabagismo constitui um dos principais factores de risco para o cancro da bexiga, uretra e pélvis renal, quer nos homens, quer nas mulheres, estimando-se um aumento do risco do cancro da bexiga, entre duas a cinco vezes. Aproximadamente, 30-40% deste cancros ocorrem em fumadores, com 24% da incidência nos homens e 9% nas mulheres. Apesar de se observar uma relação dose-resposta, também se nota uma diminuição do risco nos primeiros anos após a cessação, com manutenção durante várias décadas de uma maior probabilidade em desenvolver estes tipos de cancros.
- **Cancro do esófago.** Fumar provoca a diminuição da pressão sobre os esfíncteres, permitindo o refluxo do ácido proveniente do estômago, em direcção ao esófago. Actualmente, 78% dos cancros do esófago, no homem, e 75%, na mulher, são atribuídos ao tabagismo. Vários anos após a cessação, o risco deste cancro mantém-se elevado.

- **Cancro do pâncreas e estômago.** O cancro do pâncreas é uma doença rápida e fatal, com uma taxa de sobrevivência aos cinco anos de apenas 4%. O tabagismo constitui um preditor consistente, estando associado à duplicação do risco e a cerca de 30% das mortes por cancro do pâncreas. Embora exista um efeito dose-resposta, o risco da doença diminui ao longo dos primeiros dez anos de abstinência, até atingir o do não fumador. Relativamente ao cancro do estômago, existe também um acréscimo do risco nos fumadores e uma diminuição do mesmo, à medida que aumenta o período de abstinência.
- **Cancro cervical (CC).** As mulheres fumadoras apresentam até quatro vezes maior risco de sofrer CC, notando-se uma associação dose-resposta especialmente significativa com o número de anos de tabagismo.

1.4.3. Doenças do aparelho respiratório

O pulmão é um órgão de tecido esponjoso e elástico, cuja principal função é a respiração[14] (externa e interna), mas também a defesa contra os agressores ambientais e a secreção de agentes humorais. Com o objectivo de captar o oxigénio (O_2) do ar ambiente e de eliminar o anidrido de carbono (CO_2) produzido nos tecidos, o pulmão providencia uma extensa área de contacto entre o ar, contido nos alvéolos, com o sangue venoso proveniente do coração, em direcção aos vasos capilares pulmonares. Assim, a respiração externa tem como objectivo arterializar o sangue, isto é, saturá-lo de oxigénio (oxi-hemoglobina) e expurgá-lo do CO_2 em excesso, decorrente do metabolismo. Para cumprir esta finalidade, é imprescindível a conjugação de três funções (Couto & Ferreira, 2004; Jacob, Francone & Lossow, 1990):

- **Ventilação.** Função através da qual o ar ambiente é forçado a entrar no organismo, percorrendo as vias aéreas até aos alvéolos, onde, depois de deixar parte do oxigénio, regressa à atmosfera carregado de CO_2.
- **Perfusão.** Esta função assegura a passagem do sangue ejectado pelo coração direito, transportando o CO_2 da circulação sistémica através da rede capilar

[14] A respiração normal, de repouso, é conhecida como eupneia. Apneia é a cessação temporária da respiração. Dispneia é a dificuldade em respirar. Ortopneia é a incapacidade de respirar facilmente na posição horizontal. Hiperpneia é um aumento na profundidade respiratória. Taquipneia é uma respiração excessivamente rápida e superficial (Jacob, Francone & Lossow, 1990).

alveolar, onde larga para os alvéolos o referido gás e capta o O_2, regressando ao coração esquerdo já arterializado.

- **Difusão.** Consiste na combinação dos dois sentidos contrários da passagem de gases na extensa membrana respiratória.

À medida que decorre a respiração externa, o sangue arterializa-se e ocorrem trocas gasosas entre a célula e os líquidos que a rodeiam, ou seja, a respiração interna (Couto & Ferreira, 2004). As doenças mais importantes do sistema respiratório são, assim, aquelas em que o sangue é incapaz de se oxigenar, provocando hipoxia que se pode manifestar através de cianose[15]. Entre os quadros crónico degenerativos do aparelho respiratório mais fortemente promovidos pelo hábito de fumar, encontram-se as neoplasias do pulmão e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) que inclui o enfisema e a bronquite crónica. Por outro lado, o tabagismo aumenta também o risco de infecções respiratórias como a influenza, a bronquite ou a pneumonia (ASH, 2004a Sep.; Brodish & Ross, 1998; Godtfredsen et al., 2002; Hays et al., 1998; Sherman, 1991, TRCPL, 1962; USDHEW, 1964; USDHHS, 1984, 1990).

Os internamentos por doença respiratória nos hospitais públicos portugueses subiram 54%, de 1990 a 1998, particularmente devido às pneumonias (mais 53%) e à DPOC (mais 67%, DGS, 2003). Juntando as neoplasias do pulmão, do aparelho respiratório e as doenças do aparelho respiratório, ocorreram em Portugal 15779 mortes (/100000 hab.), durante o ano 2002 (DGS, 2004), o que pode constituir a segunda causa de mortalidade por doença crónico-degenerativa. Se, porém, forem agregadas as neoplasias (aparelho digestivo e peritoneu, estômago e cólon) e as doenças do aparelho digestivo, estas passarão a representar a segunda causa de morte (16638 / 100000 hab.).

- **Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).** A DPOC (bronquite crónica e enfisema) é uma doença progressiva, caracterizada pela destruição definitiva das paredes alveolares, perda da elasticidade dos pulmões e, consequentemente, declínio do volume expiratório máximo por segundo[16]. Um

[15] A cianose resulta da hipoxia e manifesta-se pela alteração do tom da pele, das mucosas e das unhas, as quais adquirirem uma coloração azulada, em consequência da presença aumentada de hemoglobina desoxigenada nos capilares (Jacob, Francone & Lossow, 1990).

[16] O volume expiratório máximo por segundo (*forced expiratory volume in one second* - FEV_1) refere-se à quantidade máxima de ar em litros que, partindo de uma inspiração máxima, pode ser expulso dos pulmões no primeiro segundo. Para determinar o FEV_1 é necessário realizar uma expiração forçada à máxima velocidade possível. Este valor que se chama índice de Tiffeneau pode utilizar-se na avaliação do índice de obstrução (Couto & Ferreira, 2004).

dos aspectos fisiopatológicos mais importantes no desenvolvimento desta condição, é a lesão da rede de fibra elástica da parede alveolar, pela enzima elastase. Habitualmente os pulmões estão protegidos contra tais lesões pela antielastase circulante. Nos fumadores, contudo, ocorre um desequilíbrio entre a actividade da elastase e da antielastase. Por outro lado, está aumentada a probabilidade de obstrução dos brônquios, porque os bronquíolos terminais se encontram estreitados pela hiperplasia (aumento do número de células) e hipersecreção de muco. Nesta sequência, pode ocorrer hipoxia, hipercapnia (aumento da concentração de CO_2 no sangue), acidose e a hipertensão pulmonar (McIvor et al., 2002; Jacob, Francone & Lossow, 1990).

A nível mundial tem-se assistido, durante os últimos quinze anos, ao aumento dos sintomas respiratórios (dificuldade em respirar, tosse, produção de saliva, pieira e infecções respiratórias) em fumadores de todas as idades. Estima-se que 80% das mortes por DPOC estejam relacionadas com o hábito de fumar, tendo os fumadores um risco dez vezes superior ao dos não fumadores, para quem a DPOC é uma condição muito rara. Em termos da incidência, cerca de 15%-20% dos fumadores desenvolvem esta doença, representando a DPOC a quarta causa de morte e doença crónica nos países industrializados. Tal como em outras doenças, existe uma relação dose-resposta, mediada pelo número de cigarros fumados por dia. Um estudo retrospectivo de coortes, com 12504 fumadores (Patel et al., 2004), concluiu que, quando as mulheres começam a fumar antes dos dezasseis anos de idade, aumentam não apenas o risco de sofrer DPOC, mas também de desenvolver a doença mais precocemente, de retardar o ritmo de crescimento do pulmão e a sua capacidade pulmonar. Assim, comparativamente aos homens, as mulheres parecem ser mais susceptíveis aos efeitos adversos que o tabaco exerce sobre o pulmão. Por outro lado, se é habitual ocorrer um declínio da função do pulmão a partir dos trinta anos de idade, nos fumadores este processo inicia-se mais cedo e a partir de uma capacidade pulmonar menor.

Com a abstinência tabágica, a taxa de declínio da função pulmonar estabiliza, especialmente quando a cessação ocorre numa idade jovem. Em fumadores que param mais tarde, esta melhoria não é possível, embora o ritmo da deterioração do pulmão se aproxime daquele que é apresentado pelos não fumadores.

1.4.4. Saúde reprodutiva e sexual

O tabagismo pode afectar, quer a fertilidade, a saúde do feto e, posteriormente, da criança, quer a resposta sexual masculina e feminina. Em termos da saúde reprodutiva, é mais comum a infertilidade ocorrer em fumadores, embora esta condição não seja irreversível (Brodish & Ross, 1998). As mulheres expostas ao fumo do tabaco, activa ou passivamente, têm 10% a 40% menor probabilidade de engravidar, especialmente quando apresentam um padrão de consumo mais pesado. No homem fumador, a qualidade do sémen é afectada, apresentando contagens de espermatozóides mais baixas e com maior proporção de malformações. A motilidade destes espermatozóides encontra-se também reduzida (ASH, 2004 Mar.).

Durante a gravidez e parto, existe um risco três vezes superior de aborto, mas também um acréscimo em 25-50% do risco de morte à nascença por privação de oxigénio e danos na placenta (ASH, 2004 May; Brodish & Ross, 1998; USDHHS, 1990). Parar de fumar antes da gravidez reduz os riscos para a saúde do feto, do bebé e da mãe, embora tal benefício não se verifique com a redução do número de cigarros fumados por dia. Até ao terceiro mês de gravidez, porém, existem benefícios significativos em deixar de fumar. Estima-se que a eliminação da nicotina durante a gravidez poderia prevenir 5% das mortes perinatais, 20% da diminuição de peso à nascença e 8% dos nascimentos prematuros. Por seu turno, o tabagismo contribui para a diminuição da qualidade do leite materno, quer porque apresenta menos gordura e prolactina, quer porque, em média, a mãe dispõe de menos 250 ml de leite por dia (ASH, 2004 May).

Para o feto, as consequências são de tal forma nefastas que hoje é descrita uma "síndroma tabágica fetal" (Nieburg et al., 1985). Os bebés de mães fumadoras têm quatro vezes maior risco de nascer com peso baixo (menos 200 *gr*), bem como com dificuldades no funcionamento pulmonar, perturbações do desenvolvimento físico, emocional ou intelectual e risco de morte súbita (USDHHS, 1989). As crianças expostas ao fumo do tabaco são mais vulneráveis a infecções respiratórias, como pneumonia e bronquite, mas também de sofrer asma e otite. Existe também uma relação dose-resposta na exposição passiva ao fumo do tabaco, bem como uma reversão dos efeitos adversos com a cessação tabágica (USDHHS, 1990).

No que se refere à resposta sexual, vários estudos confirmam a relação entre o tabagismo e a disfunção eréctil do pénis (Dorey, 2001; Tengs & Osgood, 2001). Cerca de 40% dos homens com esta disfunção são fumadores, comparativamente a 28% dos homens não fumadores (Tengs & Osgood, 2001). Existe, assim, um aumento do risco de impotência, em aproximadamente 50%, a partir dos trinta ou quarenta anos de idade. Nas mulheres fumadoras, a menopausa tende a ocorrer dois anos mais cedo, especialmente quando consomem mais de dez cigarros por dia. Nestes casos, o risco é duas vezes superior ao das mulheres não fumadoras (ASH, 2004 May).

1.4.5. Outras condições de saúde

Adicionalmente aos quadros clínicos descritos, os fumadores apresentam risco aumentado de sofrer outras condições. Um destes exemplos é a úlcera péptica que, nos fumadores, não apenas é mais frequente, como o seu tratamento é mais demorado e pautado por maior número de recaídas. Uma das hipóteses levantadas é que a nicotina exerça uma acção relaxante no esfíncter pilórico, permitindo o refluxo do ácido gástrico para o duodeno. Outra possibilidade é que a nicotina reduza a secreção do bicarbonato pancreático, resultando numa neutralização menos eficaz do ácido gástrico no duodeno (Lane & Lee, 1988; Sherman, 1991). Existem, porém, outras situações cuja associação entre o tabagismo e a doença está menos bem estabelecida, apesar de vários estudos apontarem nessa direcção. Alguns exemplos desta situação são a osteoporose, o cancro do peito, o cancro colorectal ou a catarata.

1.5. Epidemiologia do tabagismo

Dados norte americanos estimam que actualmente cerca de 50% dos adultos nunca tenha fumado, 25% seja fumador e 25% tenha abandonado o consumo de tabaco (Giovino et al., 1995). Embora nos EUA e Canadá o consumo médio *per capita* de cigarros tenha diminuído entre 1970 e 2000, na Europa o panorama é menos homogéneo. Nesta região, alguns países revelaram decréscimos (Áustria, Croácia, Eslovénia, França, Grécia, Islândia, Polónia e Reino Unido), com destaque para a Finlândia (20%) e a Suécia (homens 17,1% e mulheres 22,3%), ao passo que outros países evidenciaram aumentos de consumo (Bulgária, Espanha, Federação Russa,

Holanda, Itália, Sérvia e Montenegro). Esta subida do consumo de cigarros tem sido parcialmente justificada pelo elevado número de mulheres que se têm tornado fumadoras (Shafey, Dolwick & Guindon, 2003).

Num trabalho muito conhecido, Lopez, Collishaw e Piha (1994) demonstram existir uma diferença, de três a quatro décadas, entre o aumento da prevalência do tabagismo e a incidência de doença, particularmente o cancro do pulmão. Para o efeito, os autores modelizam a curva pandémica do consumo de tabaco, segundo uma evolução contínua de quatro níveis, através dos quais os vários países evoluem. Como em outras epidemias associadas ao comportamento e aos estilos de vida, existe uma variação na duração de cada fase e na magnitude do impacto. Apesar das diferenças, as aprendizagens colhidas pelos países do nível III e IV podem servir as nações dos níveis I e II, acelerando medidas de protecção populacional e poupando a vida a milhões de cidadãos.

- **Nível I.** Este nível marca o início da epidemia tabágica, com uma prevalência inferior a 15% no homem e, na mulher, com valores ainda mais baixos que podem rondar os 10-5% ou menos, neste caso, por razões sócio-culturais. A doença ou mortalidade devida ao hábito de fumar não é significativa, estando nesta situação os países da África sub-Sariana. Prevê-se, porém, que até 2030 aproximadamente 70% das mortes relacionadas com o consumo de tabaco ocorram nos países em vias de desenvolvimento, actualmente numa tendência ascendente da curva epidémica (Edwards, 2004).
- **Nível II.** O segundo nível pode durar duas a três décadas e caracteriza-se por uma forte ascensão do tabagismo nos homens, cuja prevalência pode rondar os 50-80%. A proporção de ex-fumadores é baixa e, embora o consumo entre as mulheres seja inferior ao dos homens, pauta-se por um rápido aumento. O consumo de tabaco pode ser semelhante entre as diferentes classes sócio-económicas ou ligeiramente mais alto nas classes favorecidas. A informação e educação para a saúde é insípida, há baixa sensibilização para o problema e não existem medidas de saúde pública ou políticas de prevenção. As taxas de mortalidade por cancro do pulmão podem ascender aos 10%, com menor incidência nas mulheres. Encontram-se nesta fase a China, o Japão, o sudeste asiático, a América Latina e o Norte de África (Shafey, Dolwick & Guindon, 2003).

- **Nível III.** Este período da epidemia pode prolongar-se por três décadas. A prevalência do tabagismo tende a baixar para os 35-45%, entre os homens de meia idade (35-69 anos de idade) ou mais velhos e, nas mulheres, começa a notar-se essa tendência. Existe também uma diferença de prevalência entre as jovens fumadoras (40-50%) e as mulheres acima dos 55-60 anos de idade (<10%). A população em geral está consciente dos malefícios do tabaco e as descidas do consumo serão mais significativas nas classes diferenciadas. Uma vez que os efeitos maléficos do tabagismo se manifestam a longo prazo, ou seja, vinte a trinta anos após começar a fumar, 10-30% das mortes masculinas serão atribuíveis ao tabagismo e, nas mulheres, essas taxas serão de 5%, com tendência a subir significativamente (25-30%) nos próximos anos. Assinala-se ainda um ambiente mais favorável à adopção de medidas e políticas preventivas, ao mesmo tempo que o hábito de fumar vai deixando de ser socialmente aceite. Os países que se encontram nesta situação pertencem à Europa de Leste e do Sul, bem como à América Latina (Shafey, Dolwick & Guindon, 2003).
- **Nível IV.** Nesta fase, a prevalência em ambos os sexos continua a baixar, embora lentamente. Cerca de 33-35% dos homens e 30% das mulheres podem ser fumadores. As taxas de mortalidade masculina devidas ao tabagismo, deverão cair abaixo dos 30%, ao passo que a das mulheres terá atingido o seu máximo (20-25%), embora num nível inferior ao dos homens, devido à menor exposição cumulativa a que estiveram sujeitas. Apesar de subsistirem diferenças sociais na prevalência, os ambientes livres de fumo serão predominantes, sustentados por legislação e políticas adequadas, incluindo o tratamento da dependência de cigarros. Incluem-se neste nível países da Europa Ocidental, o Reino Unido, os EUA, o Canadá e a Austrália (Shafey, Dolwick & Guindon, 2003).

No caso do Reino Unido, a estabilização e diminuição do número de novos fumadores começou a sentir-se a meio da década de sessenta (ASH, 2005; DH, 1998). Neste trajecto verificaram-se contudo diferenças, relacionadas, ora com o sexo, apresentando os homens (maiores de 16 anos de idade) descidas mais notórias, ora com a diferenciação sócio-económica, sendo as classes sociais elevadas aquelas em que o consumo diminuiu mais significativamente. A influência sócio-económica,

poderá ajudar a explicar algumas variações geográficas, com as zonas carecidas a apresentar maior prevalência de tabagismo (ASH, 2005; NRTC, 2004).

Em relação a Espanha, um país culturalmente próximo de Portugal, os dados de um inquérito ao domicílio, datado de 1999, concluiu que 32,6% da população geral consome diariamente tabaco. Desta população, a maior proporção é de homens (37,1%), comparativamente às mulheres (28,1%), excepto nas faixas etárias entre os 15-19 e entre os 25-29 anos de idade, nas quais existe uma maior prevalência de mulheres fumadoras. Em ambos os sexos, o aumento mais significativo de fumadores ocorre nas pessoas entre os 20-24 anos de idade (MI, 2001). Apesar da afinidade cultural com Espanha, as taxas nacionais de tabagismo são mais baixas. Historicamente, entre os anos de 1970 e 1990, assistiu-se em Portugal ao aumento do consumo anual *per capita* de cigarros (de 1419 para 2203) mas, entre 1995 e 2000, essa tendência inverteu-se (de 2105 para 1998), conforme revela o Relatório da *12th World Conference on Tobacco or Health* (Shafey, Dolwick & Guindon, 2003). Na realidade, Portugal é dos países com menor número de fumadores da União Europeia (WHO, 1997), muito embora morram anualmente cerca de 2.500 pessoas com mais de 15 anos de idade, devido ao tabaco (DGS, 1997). Num pesquisa conduzida com 2974 estudantes do secundário, entre os doze e dezanove anos de idade, apurou-se que 14,9% dos jovens fumava regularmente, com maior incidência nos rapazes e que a prevalência do tabagismo entre os adolescentes tendia a aumentar com a idade (Azevedo, Machado & Barros, 1999). Manso (1999), estudando uma amostra de 1812 adolescentes, entre os doze e dezasseis anos de idade, estimam uma prevalência de 12,3% de fumadores nesta faixa etária. Na versão portuguesa do CINDI - *Countrywide Integrated non Communicable Diseases Intervention Programme* (Pádua et al., 1999), encontram-se diferenças na prevalência do tabagismo entre homens e mulheres, nas faixas etárias dos 15-24 anos de idade (36,5% *vs.* 31,1%) e dos 55-64 anos (33,9% *vs*. 0,0%). Dados mais recentes do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2003), referem que o consumo de tabaco tem diminuído, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores com mais de 15 anos. Este decréscimo deve-se ao número de homens que deixaram de fumar, apesar do aumento de mulheres fumadoras. No inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas (Balsa et al., 2003), 29% da população inquirida declarou consumir actualmente tabaco e 11% refere já ter experimentado fumar. Do total de inquiridos, os homens (40%) consomem mais do que as mulheres (18%) e a distribuição etária dos fumadores reflecte uma

concentração de população entre os 20 e os 44 anos de idade, destacando-se mais especificamente o grupo situado entre os 25 e os 34 anos. O início do consumo regular de tabaco ocorreu, numa grande maioria dos casos (73%), quando os indivíduos eram adolescentes ou pré-adolescentes e a quantidade média de tabaco consumido por dia situou-se entre os 20 e os 39 cigarros.

O consumo de outros produtos do tabaco, por seu turno, deve também merecer alguma atenção. Se há alguns anos atrás a venda de charutos[17] e cachimbo poderia parecer irrelevante, hoje começa a merecer vigilância epidemiológica. Neste aspecto os dados podem parecer contraditórios. Um estudo epidemiológico conduzido nos EUA, Giovino e associados (1994) sugerem que o consumo de charutos e cachimbo estaria limitado ao homem, ainda que a tendência fosse uma diminuição mais rápida que a verificada no uso de cigarros. Em 1970, 16,3% dos homens americanos fumavam charuto e, em 1991, essa taxa terá caído para 3,5%. Durante o mesmo período, os fumadores de cachimbo terão reduzido, de 13,1%, para 2%. Dados mais recentes, relativos ao Reino Unido (ASH, 2004a Jul.), assinalam que, se em 1974, 34% dos homens fumavam charuto, em 2002, 5% consumia charuto e 1% cachimbo. Entre as mulheres, é raro o hábito de fumar apenas charuto e/ou cachimbo.

Em outra investigação norte americana, porém, Jamner (1999) identifica uma tendência oposta aos estudos anteriores, destacando que, entre 1993 e 1997 se assistiu, nos EUA, ao aumento de 154% na venda de charutos. Estes dados são confirmados por outros trabalhos norte americanos que assinalam um decréscimo no consumo de charutos até 1992, seguido de um aumento marcado e sustentado entre 1993 e 1998, período após o qual se notou um novo abrandamento no consumo (NIH, 1998; MMWR, 1999; Soldz, Huyser & Dorsey, 2003). A distribuição da prevalência em cada Estado é bastante variável, oscilando entre 1,4%, no Arizona e 7,4%, em Nevada, com uma média de 5,2% dos fumadores a referirem ter consumido charutos durante o último mês (MMWR, 1999).

Várias razões podem justificar este aumento do consumo de charutos. Se após a I Guerra Mundial os charutos haviam sido preteridos a favor dos cigarros, mais baratos, práticos e, segundo se fez acreditar nessa época, mais higiénicos e menos poluentes (USDHHS, 2000), a renascida popularidade dos charutos parece dever-se à

[17] Um charuto consiste num rolo de tabaco, geralmente sem filtro que é enrolado numa folha de tabaco ou em qualquer substância que contenha tabaco. Os cigarros distinguem-se dos charutos por serem enrolados em papel ou em qualquer substância que não contenha tabaco (ASH, 2004a Jul.).

sua conotação social, passando novamente a constituir um símbolo de poder, prestígio ou elevado estatuto, sugerindo imagens de independência, vigor e rebeldia. As populações onde se nota maior incidência são os adultos e adolescentes de ambos os sexos, pertencentes a classes sócio-económicas mais favorecidas, particularmente os que já fumavam cigarros (Jamner, 1999, NIH, 1998).

1.6. Constituintes dos cigarros

O fumo do cigarro contém mais de 4000 substâncias tóxicas (USDHHS, 1989) e não são apenas os fumadores mas, infelizmente a comunidade científica, a desconhecer todos os malefícios e reacções químicas que decorrem da interacção entre o tabaco, os aditivos inseridos no processo de fabrico e a sua combustão durante o acto de fumar (Becoña & González, 1998). Como se percebe, quando falamos do tabaco usado no fabrico dos cigarros, deveríamos antes referir-nos a uma mistura de ingredientes e materiais, entre os quais se incluem diferentes tipos de tabaco. Além da combinação de tabacos, os cigarros contêm ingredientes adicionados (*casings*/molhos, aromas voláteis e tabaco reconstruído[18]) e outros componentes não tabágicos que são inalados durante o acto de fumar, entre os quais o papel para enrolar os cigarros, as colas de costura do cigarro, tintas do logotipo, papel do filtro (incluindo invólucros, boquilhas e corantes da boquilha), colas de costura e materiais do filtro (PMI, 2005). É interessante, a este propósito, consultar um documento produzido pela Philip Morris portuguesa (PMP, 2003, p. 5), no qual é bem patente a miscelânea de produtos utilizados no fabrico dos cigarros:

> "Razão pela qual utilizamos ingredientes:
>
> Basicamente, as principais marcas de cigarros da Philip Morris são 'cigarros de mistura americana', um tipo de cigarro que é fabricado a partir de vários tipos de tabaco (normalmente, tabaco Burley, Virgínia ou 'Flue Cured' e tabaco oriental). Uma das principais características dos cigarros de mistura americana é a adição de ingredientes aromáticos ao tabaco. Os ingredientes complementam as características subjectivas dos diferentes tipos de tabaco e conferem aromas, paladares e sabores distintos associados às marcas de mistura americana. Utilizamos também ingredientes, tais como auxiliares tecnológicos (produtos de tratamento) e humectantes, para manter o tabaco maleável.
>
> Os ingredientes aromáticos que utilizamos e a forma exacta como os utilizamos, ajudam a distinguir os nossos produtos dos da concorrência. O sabor distinto dos

[18] O tabaco reconstruído é uma combinação de partículas de tabaco, nervuras e outros produtos derivados do tabaco que são transformados numa folha, cortados e adicionados aos cigarros (PMP, 2003). Devemos notar que os cigarros não são compostos todos da mesma forma. Por exemplo, os cigarros canadianos são produzidos com tabaco Virgínia, sem mistura de substâncias ao tabaco (PSFC, s/d).

> nossos produtos é uma parte extremamente importante e valiosa da nossa estratégia comercial.
>
> (…) Na nossa opinião, qualquer avaliação de ingredientes deve considerar o facto de que os cigarros, por si só - sem ingredientes - são inerentemente não seguros e viciadores".

Como é evidente, este excerto contém várias afirmações que, no mínimo, serão ambíguas. Em primeiro lugar, que importância e objectivo cumpre a manipulação das características subjectivas do tabaco? Encontramos uma parte da resposta, quando adiante se refere o papel dos ingredientes aromáticos na estratégia e valor comercial destes produtos e, de facto, a Philip Morris é uma das tabaqueiras de maior sucesso em todo o mundo. Mantém-se contudo a dúvida, que acção bioquímica esses ingredientes exercem, ao ponto de tornar estes cigarros mais apetecíveis que os da concorrência? Como é óbvio, jamais a industria tabaqueira gastaria milhares de dólares em investigação e na compra dos vários ingredientes adicionados aos cigarros, se não tivesse uma noção clara sobre o seu valor para o processo de produção e comercialização. Isto quer dizer que estes componentes desempenham uma função crucial, como aliás a própria indústria reconhece.

Em segundo lugar, o que serão auxiliares tecnológicos, subjectivamente designados como "produtos de tratamento" que visam manter o "tabaco maleável"? Tipicamente os cigarros pré-enrolados são sólidos, sem nenhuma maleabilidade e que se partem com facilidade. Naturalmente, esta referência poderá dizer respeito a uma característica bem diferente que se relaciona com o conceito químico de elasticidade da nicotina e de nicotina livre. Em terceiro lugar, temos a afirmação talvez mais surpreendente, ao sugerir-se que os cigarros, na eventualidade de não serem produzidos com estes ingredientes, se tornariam "não seguros e viciadores". Mas os actuais cigarros não representam um gravíssimo risco para a saúde e não criam uma elevadíssima dependência? Como temos vindo a observar, a resposta a estas questões é afirmativa, ou seja, nos países industrializados o tabagismo constitui o maior risco evitável para a saúde pública e o seu consumo provoca, não só dependência física, mas também psicológica, emocional, comportamental e social, ao ponto de se considerar uma doença crónica de natureza recidivante (APA, 2002; Fiore et al., 2000; Soares & Carneiro, 2002).

Apesar das dúvidas que se podem levantar relativamente à interacção dos vários componentes tóxicos presentes no fumo do tabaco, existem características e elementos químicos que são hoje bem conhecidos e estudados. Em primeiro lugar,

importa considerar que o fumo dos cigarros inclui gás, bem como partículas líquidas e sólidas, aliás como qualquer fumo (ver Quadro IV)[19]. A fase de partículas forma o condensado que é a expressão usada para designar a mistura de resíduos químicos, espessos e pegajosos, derivadas do fumo do tabaco. Após a sua inalação, 70% do condensado é depositado nos pulmões, provocando irritação das vias respiratórias, produção excessiva de muco e lesão da rede capilar alveolar (NRTC, 2004). Também se pode notar a acção poluente do condensado, pelas manchas amareladas nos dedos, pele e dentes do fumador ou em espaços muito expostos ao fumo do tabaco, como bares e outros locais fechados. Entre os compostos químicos do fumo do tabaco mais conhecidos, destacam-se a nicotina, o monóxido de carbono, o alcatrão, o amoníaco, o cianeto de hidrogénio, o formaldeído, o benzeno e as nitrosaminas.

Quadro IV. Alguns compostos químicos do fumo do tabaco em diferentes fases.

Fase gasosa	**Dose**	Acetaldeído	18-1400 *µg*
Azoto	68-72 %	Óxidos de azoto	10-600 *µg*
Árgon	0,6-1 %	Amoníaco	10-150 *µg*
Oxigénio	12-14 %	Piridina	9-93 *µg*
Dióxido de carbono	7-10 %		
Monóxido de carbono	2-4 %	**Fase de partículas**	**Dose**
Hidrogénio	1-1,8 %	Total de partículas	25-30 *mg*
Metano	0,2-0,3 5	3-4 benzopireno	25-30 *µg*
Hidrocarbonetos saturados	0,45 %	Benzo-antraceno	40-50 *µg*
Hidrocarbonetos não saturados	0,12 %	Naftalenos	1-10 *µg*
Vapor de água	1,5-2 %	1-metilindole	0,3-0,9 *µg*
		9-metilcarbazole	5-20 *µg*
Fase aquosa	**Dose**	Outros compostos neutros	
Dimetilnitrosamina	1-200 *ng*	Catecole	40-460 *µg*
Nitrosopirrolidina	2-42 *ng*	3 e 4-metilcatecole	30-40 *µg*
Etilmetilnitrosamina	0,1-10 *ng*	N-4-nitrosonorcotina	100-250 *µg*
Dietilnitrosamina	0-10 *ng*	β-naftilamina	0-25 *ng*
Outras nitrosaminas	0-20 *mg*	Polónio 210	0,03-1,3 *ng*
Hidrazina	24-43 *ng*	Arsénico	1-25 *ng*
Cloreto de vinílo	1-16 *ng*	Cádmio	100-120 *µg*
Uretano	10-35 *ng*	Nicotina	0,8-3,0 *mg*
Formaldeído	20-90 *µg*	Alcalóides menores do tabaco	10-200 *ng*
Cianeto de hidrogénio	30-200 *µg*	Fenol	10-200 *µg*
Acroleína	25-140 *µg*	Cresole	10-150 *µg*

Fonte: Dautzenberg (1996, p. 52).

[19] O fumo é um aerossol composto por minúsculas partículas de vapor líquido e materiais sólidos suspensos no ar. O fumo distingue-se do pó, uma vez que este compreende partículas sólidas e gotículas de maior diâmetro. Por seu lado, o fumo difere dos gases invisíveis, uma vez que estes se caracterizam essencialmente pelo seu estado gasoso e pela elevada energia molecular (AAE, 1991).

1.6.1. Nicotina

A nicotina é um alcalóide básico extraído das folhas da planta do tabaco, de consistência líquida e oleosa, sem cor, apesar de se tornar castanho pela exposição ao ar. Este composto químico é de tal forma venenoso que apenas duas ou três gotas do alcalóide puro (menos de 50 *mg*), colocadas na língua de um adulto, seriam letais. Embora um cigarro contenha 15 a 20 *mg* de nicotina, apenas 1-2 *mg* chega ao cérebro através da corrente sanguínea (AAE, 1991). Durante a sua semivida, a nicotina provoca várias alterações psicofisiológicas, nomeadamente sobre o sistema cardiovascular[20], o aparelho digestivo[21], o sistema endócrino e metabólico[22] e o sistema nervoso central[23] (USDHHS, 1988), suscitando uma dependência semelhante ao da heroína ou da cocaína (TRCPL, 2000). Apesar de geralmente se considerar que a nicotina é responsável pelo estabelecimento da dependência, é importante considerar também a complexa interacção desta substância com o comportamento e com os factores sensoriais do tabagismo (Fagerström & Schneider, 1989).

1.6.2. Monóxido de carbono

O monóxido de carbono (CO) é um gás invisível, sem odor e sem sabor, ao qual estão expostas as pessoas que inalam o fumo do cigarro ou os gazes produzidos pelos automóveis e aquecimento dos edifícios. O CO é perigoso mesmo em baixas concentrações, podendo provocar tonturas, dor de cabeça e, em doses elevadas, torna-se letal. Ao entrar na corrente sanguínea, mistura-se com a hemoglobina e priva o organismo do fluxo de oxigénio necessário. A combinação entre o CO e a hemoglobina é 200 vezes mais rápida que a combinação entre o oxigénio e a hemoglobina, estimando-se que cerca de 15% do sangue de um fumador transporte CO, em vez de oxigénio. A concentração atmosférica deste gás, em ambientes não poluídos, varia entre 0,025 e 1,0 ppm (partes por milhão, ou seja, partes de CO por milhão de partes de ar). Valores até às 9 ppm surgem no ar expirado por não

[20] Aumento da frequência cardíaca (15-25 bpm), da tensão arterial (sistólica: 10-20 mmHg; diastólica: 5-15 mmHg), da vasoconstrição cutânea e diminuição da temperatura corporal.
[21] Náusea, vómito, diarreia e hipersalivação.
[22] Aumento da libertação do hormónio de crescimento (GH), cortisol, adrenocorticotropina (ACTH), hormónio antidiurético (ADH), do metabolismo dos ácidos gordos e do dispêndio energético.
[23] Libertação de epinefrina, norepinefrina, vasopresina, β-endorfinas e estimulação do córtex cerebral, núcleo e sistema dopaminérgico mesolímbico.

fumadores. Um fumador de vinte cigarros por dia apresentará concentrações próximas das 25 ppm e serão necessárias 24 horas até estes níveis normalizarem (ARAQ, 1996; Ferry, 2005; NRTC, 2004).

1.6.3. Alcatrão

O alcatrão é uma substância viscosa, escura, de cheiro penetrante, mais ou menos líquida, composta essencialmente por carbono de hidrogénio. É obtido como um derivado da carbonização de materiais orgânicos, como a hulha, a madeira ou o petróleo. Entre outras utilizações, o alcatrão é aplicado na impermeabilização de superfícies, no fabrico de plásticos e telas para isolar telhados, como revestimento de estradas, na preparação de lubrificantes ou em produtos para preservar a madeira (AAE, 1991; ACL, 2001).

1.6.4. Amoníaco

O amoníaco é um composto de nitrogénio e hidrogénio (NH_3), incolor, de cheiro activo e de combustão difícil. Trata-se de um gás mais leve que o ar, com a característica de ser facilmente liquefeito. A solução aquosa do amoníaco tem um pH básico, actuando como base (Wikipedia, 2005). Na indústria tabaqueira, o amoníaco é usado para potenciar a satisfação e impacto da nicotina sobre o fumador. Neste caso, o amoníaco aumenta a quantidade de nicotina livre que, por seu turno, torna o fumo do cigarro mais básico e capaz de ser absorvido pelas mucosas (Routh, 1977). Na realidade, quanto mais rapidamente a nicotina for absorvida, melhor o efeito biopsicológico obtido (Freedman, 1995). Além desta aplicação, o amoníaco é empregue na produção de fertilizantes, explosivos, polímeros (plásticos e fibras sintéticas), limpa vidros domésticos e em processos industriais de refrigeração. O amoníaco pode encontrar-se em pequenas quantidades na atmosfera, como resultado da putrefacção de matérias animais e vegetais ou na água de chuva. A sua toxicidade sobre a saúde humana inclui efeitos de irritação dos olhos, das mucosas respiratórias e tracto digestivo, embora a sua acção seja pouco perigosa. São também conhecidos efeitos corrosivos em ligas metálicas à base de cobre (Wikipedia, 2005).

1.6.5. Cianeto de hidrogénio

O cianeto refere-se aos compostos que contenham o grupo C≡N, tal como o cianeto de sódio (NaCN) e o cianeto de hidrogénio (HCN). Os iões de cianeto mais simples, particularmente o HCN, são extremamente tóxicos, actuando como um veneno de acção rápida quando ingeridos ou inalados. Uma dose de 100-200 *mg* torna-se letal, apesar do fumo do tabaco conter apenas 30-200 μg (microgramas). Os seus efeitos ocorrem sobre o sistema respiratório, ao impedirem a oxigenação das células (AAE, 1991), mas também podem influenciar o metabolismo celular aeróbio no miocárdio e nas paredes arteriais (Hoffmann, 1992).

1.6.6. Formaldeído

O formaldeído é o membro mais simples da classe dos compostos orgânicos conhecidos como aldeídos. À temperatura ambiente, o formaldeído é um gás extremamente reactivo, de odor sufocante. É usado na produção de tintas, resinas sintéticas, produtos cosméticos e limpeza, bem como na embalsamação de espécimes biológicas (AAE, 1991). A exposição de curta duração pode ser fatal, embora o limiar de odor, irritação dos olhos e das mucosas sejam suficientemente baixas para ocorrerem antes de se atingirem níveis letais. Exposições de longa duração a baixas concentrações podem causar irritação dos olhos, nariz e garganta, reacção lacrimal, queimadura no nariz, tosse, espasmos bronquiais, irritação pulmonar e dermatite. Esta substância é classificada como carcinogéneo humano e tem sido relacionado com o cancro nasal, dos pulmões, do cérebro e com a leucemia (Wikipedia, 2005).

1.6.7. Nitrosamina

A nitrosamina consiste num nitrogénio carcinogéneo, derivado da combinação entre os nitratos presentes no toucinho ou carnes fumadas e as aminas presentes no processo digestivo (WD, 1992). Nestes alimentos, as nitrosaminas têm uma concentração inferior a 10 partes por milhão. As indústrias da borracha, pele e metais são também fontes de contaminação ambiental por nitrosaminas. Os produtos do tabaco são, porém, a maior fonte de exposição não ocupacional às nitrosaminas,

existindo sete nitrosaminas no tabaco: NNK, NNN, NNAL, NAT, NAB, *iso*-NNAL e *iso*-NNAC. As que existem em maior quantidade são a NNN (220 *ng* - nanogramas), NAT (160 *ng*) e a NNK (100 *ng*), embora as mais carcinogéneas sejam a NNN, NNK e a NNAL. A exposição diária às nitrosaminas específicas do tabaco é estimada em quantidades até 20 μg (microgramas) nos fumadores de cigarros e 68 μg nas pessoas que consomem rapé (Remião, 2005).

1.6.8. Benzeno

O benzeno é um líquido inflamável e incolor, de aroma doce e agradável, da série dos hidrocarbonetos aromáticos, obtido do petróleo ou da hulha e usado como dissolvente na produção de produtos químicos, plásticos, gasolina e borracha sintética (ACL, 2001; Wikipedia, 2005). As suas concentrações atmosféricas médias, em locais pouco poluídos, é de 0,51 $\mu g/m^3$, em áreas rurais, de 1,50 $\mu g/m^3$ e, em zonas urbanas, de 5,76 $\mu g/m^3$. Estes valores dependem substancialmente da densidade de tráfego automóvel e das condições meteorológicas, nomeadamente a ausência de vento. As concentrações de benzeno podem, também, dever-se ao fumo do tabaco e, em espaços fechados, os seus níveis podem variar entre 26-36 e 1800 $\mu g/m^3$ para um consumo médio de trinta cigarros por dia. Estima-se que, por exemplo no Canadá, um não fumador esteja sujeito a uma dose diária de benzeno na ordem dos 230 μg, enquanto o fumador terá de adicionar mais 1800 μg/dia. Os efeitos agudos do benzeno incluem a acção anestésica, podendo conduzir a uma depressão do sistema nervoso central e à perda de consciência. A exposição crónica pode resultar na depressão da medula óssea e, provavelmente, em respostas carcinogéneas, efeitos imunotóxicos, fetotóxicas e aberrações cromossomáticas (CRSPLVT, 2002).

1.7. Teores de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono

Após a publicação dos Relatórios produzidos pelo *Royal College of Physicians* (TRCPL, 1962) e pelo *Surgeon General* (USDHEW, 1964), confirmando a relação entre o tabaco e diversas condições de doença, os Governos britânico e norte-

americano começaram a adoptar medidas de avaliação e regulação do fabrico de produtos derivados do tabaco. Nos Estados Unidos, em 1967, a *Federal Trade Commission* (FTC), introduzia o uso sistemático da máquina de fumar que tinha como objectivo testar em laboratório os cigarros. Ao mesmo tempo, publicava uma série de normas destinadas a regular os limites e a divulgação dos níveis de nicotina e alcatrão. Em 1981, a FTC incluía no protocolo de avaliação dos cigarros, o teste do monóxido de carbono, o qual passaria também a ser divulgado junto dos consumidores (WHO, 2000). Desenvolvimentos semelhantes iriam ocorrer na Europa, embora aqui sob a tutela da *International Organization for Standardization* (ISO). O método de teste da FTC (*Cambridge Filter Method*) e da ISO[24] seriam semelhantes, consistindo nos seguintes procedimentos estandardizados (ASH, 2005 Sep.; FTC, 1967; WHO, 2000):

- O cigarro é inserido num bocal, à profundidade de aproximadamente 5 mm (não tapando as micro-perfurações dos cigarros ventilados). Esse terminal é ligado, através de um tubo, a um sistema de seringa automática.
- A cada sessenta segundos a máquina de fumar executa uma inalação de 35 ml que dura dois segundos.
- A máquina de fumar mantém este padrão até o cigarro atingir um comprimento de 23 mm. No caso dos cigarros com filtro, deverão sobrar 3 mm, acima do material que compõe o filtro.
- A máquina de fumar possui um filtro que retém as partículas libertadas pelo fumo do cigarro, mas deixa passar a sua fase gasosa, designadamente o monóxido de carbono e a nicotina.
- A determinação das substâncias retidas no filtro, designadas por partículas ou condensado, é calculada subtraindo-se a humidade e a nicotina. O arredondamento das quantidades de nicotina faz-se para a casa decimal mais próxima e o de alcatrão para a unidade mais próxima.
- Para cada marca ou tipo de cigarros devem ser testados 100 cigarros, adquiridos aleatoriamente em diferentes localidades do país.

Como é evidente, na sequência destas medidas, a indústria tabaqueira apressar-se-ia a recuperar e a aliciar o seu mercado, inventando cigarros com "filtro", "*light*",

[24] Os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono são medidos segundo as normas ISO 4387 para o alcatrão, ISO 10315 para a nicotina e ISO 8454 para o monóxido de carbono. A exactidão das menções relativas ao alcatrão e à nicotina apostas nos maços de cigarros é verificada segundo a norma ISO 8243 (DR, 2003).

"*ultra-light* " ou com "baixo teor de alcatrão" ("*low tar*"). Ao mesmo tempo, a tabaqueira norte americana Brown e Williamson, uma das cinco maiores produtoras de cigarros[25], aproveitaria a oportunidade para ajustar o sentido das informações que vinham a público, afirmando que "os mais recentes testes efectuados por laboratórios do Governo dos Estados Unidos, confirmam… o Carlton é o que tem menos…" (USHR, 2003, tradução livre). A mesma estratégia é hoje utilizada com a nova vaga de produtos de "risco reduzido" (ex. cigarros com "menos teor de nitrosamina", dispositivos aquecidos para libertar nicotina e produtos de tabaco sem fumo). Repetindo a estratégia de *marketing* utilizada para os cigarros "*light*", a Brown e Williamson promove os seus "avanços", sugerindo tratar-se de uma revolução na tecnologia dos cigarros: "todo o sabor, com menos toxinas" (op cit., tradução livre). Através de uma abordagem complementar de incentivo ao consumo de nicotina, no ano 2000, o Presidente da *United States Smokeless Tobacco Company* afirmava que o objectivo central da companhia era promover o "duplo consumo", referindo-se ao tabaco sem fumo e aos cigarros com combustão normal, particularmente junto dos fumadores impedidos de fumar em espaços fechados (op cit.).

O que levaria, afinal, milhões de pessoas a mudar para estes cigarros, aparentemente "*light*"? Precisamente a noção promovida pelas tabaqueiras e inocentemente coadjuvadas pelos peritos dos Serviços de Saúde, de se tratar de produtos cientificamente avançados e menos perigosos que os cigarros habituais. Nos Estados Unidos, em 1966, o *Public Health Service* difundia a informação de que os cigarros com menos alcatrão e nicotina constituíam uma ameaça menor à saúde dos fumadores (WHO, 2000). Simultaneamente, durante os anos setenta o *National Cancer Institute*, sob a direcção do Dr. Gio Gori, trabalharia num programa para desenvolver cigarros mais seguros, lado a lado com a indústria tabaqueira (Shopland, 2001). Do outro lado do Oceano Atlântico, em 1971, o *Royal College of Physicians*, recomendava a divulgação dos valores de alcatrão e nicotina como forma de encorajar os fumadores que não conseguiam parar, a mudar para os cigarros "*light*", supostamente menos perigosos (ASH, 2005 Sep.). Só a partir de 1981 é que o *Surgeon General* divulgaria a advertência de nenhum cigarro ser seguro (USDHHS, 1981). Um estudo de Kozlowski e colaboradores (1998) sobre as razões para marcas

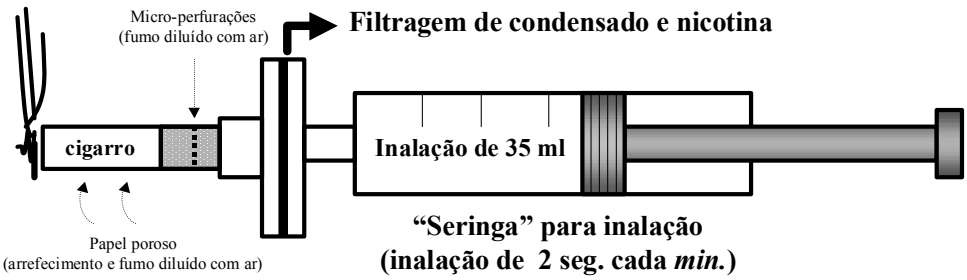
[25] As cinco maiores tabaqueiras dos Estados Unidos da América são a Brown e Williamson Tobacco Corporation, a Liggett Group, Inc., a Lorillard, Inc., a Philip Morris, Inc. e a Reynolds Tobacco Company, Inc.

"*light*", revela que ainda hoje os fumadores consideram que esses cigarros apresentam menos risco para a saúde (58%), contêm menos teor nicotina (72%) e alcatrão (73%) ou que sabem melhor (69%). Como é evidente, estas convicções apenas contribuem para reforçar a dependência da nicotina.

Embora para as tabaqueiras estas medidas tivessem constituído um sucesso comercial, passando a ser os cigarros mais vendidos nos Estados Unidos, em termos da saúde pública seria um desastre (WHO 2000). Gradualmente, os fumadores passaram a considerar seguro mudar para os cigarros "*light*" ou mesmo recomeçar a fumar estas marcas, em vez de parar definitivamente. Outros, apesar de não fumarem, encaram de forma mais positiva a possibilidade de vir a fumar (PSFC, s/d). Na realidade, desde 1968 tem-se assistido a uma descida gradual dos teores de nicotina e alcatrão, avaliados pelas máquinas de fumar. Estes valores, porém, são preditores pouco robustos da exposição às substâncias tóxicas contidas nos cigarros. Aliás, o *National Cancer Institute* editou uma monografia na qual assinalava que nos últimos cinquenta anos, se verificou um aumento do risco de mortalidade entre os fumadores (Burns & Benowitz, s/d), bem como alterações no tipo de tumores, agora localizados em áreas mais profundas do pulmão (Charloux et al., 1997). Estes dados epidemiológicos, associados ao elevado nível de dependência que os cigarros continuam a provocar, pôs em relevo as limitações dos testes efectuados pelas máquinas de fumar, essencialmente por três motivos: (1) características intrínsecas dos testes da FTC/ISO, (2) soluções tecnológicas introduzidas pelas tabaqueiras para obter leituras mais baixas de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono e (3) medidas de compensação adoptadas pelos fumadores:

- **Limitações dos métodos de teste da FTC/ISO.** A primeira máquina de fumar terá sido desenvolvida em 1930, por um produtor de tabaco interessado em comparar as características das suas colheitas (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001). De facto, nenhuma das metodologias para testar cigarros se baseou na simulação dos perfis humanos de inalação (WHO, 2000). A máquina de fumar (ver Figura 2) está programada para fazer inalações de 35 ml, enquanto o fumador humano produz inalações de 40-50 ml, com uma variação que pode ir dos 15 ml aos 120 ml. A duração de cada inalação mecânica é de 2 seg., porém, se um fumador fizer uma inalação mais profunda, ainda que mantenha a mesma duração, aumentará a velocidade de entrada do fumo,

produzindo um total de 60 ml, em comparação aos 35 ml da máquina de fumar. Maior ritmo de inalação, provoca a diminuição da eficiência do filtro. Por outro lado, as inalações mecânicas ocorrem ao ritmo de uma por minuto, ao passo que o fumador facilmente poderá inalar a cada 20 seg. (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001). Note-se também que neste processo de avaliação apenas se contabiliza a exposição à corrente de fumo principal, negligenciando-se, quer a corrente lateral, quer o fumo terciário[26] (FTC, 1967).



Baseado em Kozlowski, Henningfield e Brigham (2001).

Figura 2. Máquina de fumar.

- **Tecnologias utilizadas na produção dos cigarros.** Na sua essência, as modificações introduzidas na produção dos cigarros "*light*" foram já descritas no início deste Capítulo. Apenas recordávamos três dessas medidas: (1) a introdução dos "filtros", (2) o recurso às micro-perfurações para ventilação e ao papel de cigarro mais poroso (ver Figura 2) e (3) as dezoito medidas de re-engenharia bioquímica propostas por Patrick Dunn, particularmente a elasticidade da nicotina. No seu conjunto, estas soluções tecnológicas permitiram uma redução de 60% nas leituras efectuadas pelas máquinas de fumar, ocorrendo uma dissociação completa entre o padrão de inalação mecânica e o humano (Burns & Benowitz, s/d).
- **Medidas de compensação dos fumadores.** O problema central na compensação da ingestão nicotínica relaciona-se com a troca de uma marca de cigarros de "maior" teor de nicotina, por outra de "menor" teor (Burns & Benowitz, s/d). O processo de compensação caracteriza-se pelo aumento do número de inalações, por fazer fumaças mais longas, por fumar maior número de cigarros e, frequentemente, pelo bloqueio involuntário das micro-perfurações

[26] A corrente lateral resulta do fumo produzido pela combustão do cigarro, ao passo que fumo terciário é libertado quando o fumador exala o fumo previamente inalado.

dos cigarros ventilados, diminuindo a quantidade de ar puxado durante a inalação e aumentando a concentração das substâncias tóxicas (Becoña & González, 1998; Burns & Benowitz, , s/d; Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001; WHO, 2000)[27].

Por outro lado, não existem dois fumadores que fumem do mesmo modo e em circunstâncias pessoais diferentes, o próprio fumador altera o seu padrão de fumar. Quando está concentrado ou a falar, fará menos inalações. Se está a escutar outra pessoa, é habitual fazer inalações mais frequentes e longas. Estas variações ocorrerão também em função do seu estado emocional. Alguns fumadores deixam os cigarros arder no cinzeiro, ao passo que outros os mantêm entre os dedos ou na boca (FTC, 1967). Isto quer dizer que cada fumador irá dosear o seu nível óptimo de exposição à nicotina, não em função dos teores do cigarro, mas das suas necessidades biopsicológicas.

Actualmente, é amplamente reconhecido que os métodos de teste da FTC/ISO necessitam de sofrer várias reformulações (NIH, 1996) ou mesmo ser abandonados, para se estabelecerem novos processos de medição, regulação e rotulagem (Bates et al., 1999). A este propósito, é curioso notar que, desde sempre, as companhias farmacêuticas usaram, em certas fases do desenvolvimento dos seus produtos, testes mecânicos. Esses procedimentos, contudo, nunca substituíram a exposição humana através de testes de biocompatibilidade ou farmacocinética. Embora as tabaqueiras também tenham conduzido ensaios desta natureza, as suas conclusões nunca foram disponibilizadas, nem usadas como forma de validar os testes mecânicos (WHO, 2002). Por outro lado, a indústria tabaqueira reconhece a existência de máquinas de fumar capazes de mimetizar o padrão humano de inalação, apesar de considerarem que as suas avaliações pouco diferem das obtidas pelos métodos rotineiros das máquinas de fumar (R. J. Reynolds et al., 1997).

Neste âmbito, a Directiva europeia n.º 89/622/CEE sobre rotulagem dos produtos do tabaco transposta para a ordem jurídica nacional através do Decreto-Lei n.º 25/2003 de 4 de Fevereiro (DR, 2003), representou um progresso em termos da regulamentação e informação ao consumidor. Esta Directiva põe termo, não apenas,

[27] O bloqueio, ainda que parcial, da ventilação do filtro faz aumentar significativamente a exposição do fumador aos componentes tóxicos produzidos pelo fumo do cigarro. Em testes realizados com uma máquina de fumar, concluiu-se que a obstrução das micro perfurações provoca um aumento de 60% no teor de alcatrão, 62% na nicotina e 73% na concentração de monóxido de carbono (Kozlowski, Mehta & Sweeney, 1997).

ao conceito de cigarros "*light*", "*ultra-light*", "*mild*", etc., como harmoniza os teores máximos de alcatrão (10 *mg*/cigarro), nicotina (1 *mg*/cigarro) e monóxido de carbono (10 *mg*/cigarro) e define regras para rotulagem de advertências. Estas advertências, pretendendo confrontar o fumador com vários riscos associados ao tabagismo, também colocam um paradoxo. Quando as tabaqueiras são obrigadas a divulgar avisos genéricos sobre alguns malefícios de consumir tabaco, ilibam-se da acusação de ludibriar ou ocultar as consequências de fumar e, eventualmente, do seu papel na difusão dessa pandemia. Aliás, em qualquer produto do tabaco é obrigatória a impressão de uma das seguintes advertências: "fumar mata" ou "fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam". Existe, depois, uma lista de catorze advertências complementares, como "fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar" (DR, 2003). É suposto, deste ponto de vista, que o consumidor passe a fazer uma "escolha informada", assumindo assim toda a responsabilidade pelos eventuais prejuízos decorrentes do seu hábito e até do tabagismo passivo a que outras pessoas poderão ser submetidas.

Deste ponto de vista, estas medidas podem servir interesses da própria indústria tabaqueira, especialmente se tivermos em atenção os argumentos que contra elas foram usados em Tribunal. Desde 1954, época em que as revistas de grande tiragem começaram a divulgar provas científicas acerca da relação entre o tabagismo e o cancro do pulmão, milhares de processos judiciais foram movidos contra as tabaqueiras norte-americanas. Numa fase inicial, a maioria dos queixosos alegavam negligência e/ou falta de fiabilidade dos produtos comercializados. A acusação de negligência baseava-se no argumento de que a indústria tabaqueira ocultava os perigos potenciais associados ao tabagismo, ao mesmo tempo que promovia e publicitava o consumo regular destes produtos. A acusação de falta de fiabilidade assentou no facto de que a comercialização de um produto que não apresenta qualidade adequada, terá de suportar eventuais despesas por danos causados aos consumidores. A partir do caso de Rose Cipollone, porém, os processos judiciais juntariam outras queixas contra as tabaqueiras. Este caso assinalou uma primeira vitória contra a indústria tabaqueira, sentenciada em 1988 ao pagamento de uma indemnização à falecida queixosa (1983), no montante de 400.000 dólares. Entre as acusações que então passaram ser apresentados nestes processos, surgiram os seguintes argumentos: (1) os cigarros são desnecessariamente perigosos; (2) os cigarros contêm tabaco adulterado por várias substâncias carcinogéneas; (3) a

indústria tabaqueira fez conluio para promover os produtos do tabaco, ao mesmo tempo que ocultou o perigos para a saúde; (4) a indústria tabaqueira desempenhou o papel de bom samaritano quando, em 1954, se comprometeu a investigar os possíveis malefícios do tabagismo, apesar de nunca ter adoptado medidas concretas ou de ter divulgado as suas descobertas (USDHHS, 2000).

É previsível que, no futuro, a Comissão Europeia continue a exercer a sua acção em matéria de regulação, avaliação e rotulagem dos produtos do tabaco. Algumas medidas podem incluir o desenvolvimento de novos testes de toxicidade, a imposição de mais limitações nas concentrações de carcinógenos e outras toxinas produzidas pelo fumo e a discussão sobre as vantagens e desvantagens de alterar os teores de nicotina. Nesta matéria é necessária especial atenção, uma vez que a diminuição dos níveis de nicotina pode provocar um aumento na quantidade de fumo inalado, com vista a manter as concentrações sanguíneas de nicotina necessárias ao fumador. Outras medidas úteis, recomendadas pela *Action on Smoking and Health* (Bates et al., 1999), pela *United States House of Representatives* (USHR, 2003) e pelo *Secretary of State for Health* (SSH, 1998), envolvem:

- Impedir que durante o acto de fumar as micro-perfurações dos cigarros ventilados sejam obstruídas, pelos lábios e/ou dedos.
- Usar filtros catalíticos para reduzir a produção de monóxido de carbono e outras toxinas libertadas na fase de vapor.
- Introduzir processos para eliminar as nitrosaminas do tabaco, aliás já disponíveis no mercado apesar de não serem utilizados.
- Avaliar a possibilidade de introduzir outros materiais no fabrico dos produtos do tabaco, com vista a diminuir o nível de dependência e toxicidade que eles provocam.
- Tornar mais seguro o fogo produzido pelos produtos tabágicos que envolvem combustão.
- Evitar que a indústria tabaqueira aproveite o esforço de informação ao público e aos fumadores para promover novos produtos de "risco reduzido", repetindo as estratégias de *marketing* usadas na década de setenta, quando surgiram os cigarros "*light*".

- Desenvolver políticas destinadas a banir toda a publicidade aos produtos do tabaco (ex. promoção e patrocínio de eventos, *brand-stretching*[28], *marketing* directo e indirecto), promover a mudança de atitudes em relação ao tabagismo, controlar o contrabando de tabaco, apoiar a investigação científica e limitar os locais de exposição ao fumo do tabaco (ex. bares, espaços e transportes públicos, locais de trabalho, hospitais, escolas).

[28] *Brand-stretching* é uma técnica de *marketing*, na qual se usa o nome comercial de um produto já estabelecido e conhecido, para promover um tipo de produto completamente novo e diferente. Assim, ao anunciar um dos produtos, divulga-se simultaneamente o outro (SSH, 1998).

2. Fundamentos da dependência de cigarros

2.1. Critérios de diagnóstico

Na data em que foi publicado o primeiro *Surgeon General* (USDHEW, 1964), já se defendia uma distinção entre hábito[29] e dependência de substâncias[30]. Incluía-se na rubrica de habituação, porém, o consumo de tabaco ou cafeína e, na categoria de dependência, o consumo de álcool, opiáceos, cocaína, entre outros. O tabagismo merecia, nesta altura, atenção das autoridades de saúde e da comunidade científica, embora fosse considerada uma condição mais benigna, marcada pelo desejo de consumir, mas sem padrão compulsivo, com fraca prova de existir uma reacção de tolerância ou síndroma de abstinência e com malefícios que se circunscreviam ao indivíduo (Gilbert, 1995). Em 1970, o *National Institute on Drug Abuse* passou a considerar o uso do tabaco como uma forma de dependência e, em 1980, a *American Psychiatric Association* incluiria o tabagismo na rubrica do abuso de substâncias. Novamente em 1986, o *National Institutes of Health*, juntamente com o *Advisory Committee to the Surgeon General*, chegariam ao consenso de que o tabaco de mascar provocava dependência e que a nicotina era a substância responsável por esta consequência (USDHHS, 1988).

[29] Actualmente é preferível o termo abuso, mais de acordo com a terminologia empregue pelo Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (APA, 2002).

[30] De uma forma geral preferimos traduzir o termo inglês "*addiction*", por dependência, uma vez que se trata de uma expressão mais global que inclui vários aspectos desta problemática, designadamente o padrão de ingestão compulsiva, o desejo, a urgência, a tolerância, a necessidade fisiológica, psicológica, emocional, comportamental e social, bem como os sintomas de abstinência provocados pela privação dos produtos do tabaco. Em português, porém, é corrente o uso da expressão "adição", a qual sublinha essencialmente a compulsão para repetir, de forma irracional ou descontrolada, comportamentos gratificantes (ACL, 2001). Outra razão desta preferência reside na circunstância de a palavra "adição" ter perdido o rigor e a propriedade linguística, sendo usada para designar situações tão díspares como a "adição" à televisão, à *internet*, ao café, aos doces, ao trabalho, ao dinheiro, ao jogo, ao sexo, ao desporto, ao álcool, etc.

A partir de 1988, o *Surgeon General* (USDHHS, 1988) adoptou finalmente uma posição diferente em relação à classificação da dependência do tabaco, evidente nos títulos, quer desse Relatório - *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction* - quer de alguns dos seus Capítulos - *IV. Tobacco use as drug dependence*, *V. Tobacco use compared to other drug dependencies*, *VII. Treatment of tobacco dependence*. Seriam duas as razões que levariam à reformulação da posição inicial. Em primeiro lugar, passaram a valorizar-se fortemente os mecanismos farmacológicos e comportamentais subjacentes ao consumo de nicotina, agora comparáveis à dependência de heroína ou cocaína. Esta afinidade entre as diferentes dependências baseou-se principalmente na compulsão para consumir, na procura dos efeitos moderadores sobre o humor e respectivas sensações psicoactivas, bem como na acção de reforço da substância, capaz de manter e estimular o padrão de consumo. Em segundo lugar, a Organização Mundial de Saúde abandonou a distinção entre hábito e dependência, passando a usar as categorias de intoxicação aguda[31], uso nocivo[32], perturbação psicótica[33] e síndroma de dependência (Gilbert, 1995).

Importará, contudo, salientar que subsistem opiniões divergentes a esta perspectiva biomédica. Rogers e Baldwin (1999), por exemplo, criticam as concepções dicotómicas (abstinente *vs.* fumador), realçando que é possível manter um padrão controlado de tabagismo. Por tabagismo controlado os autores referem-se a um tipo de consumo em que o fumador não consegue, ou não quer, parar, mas fuma uma quantidade diária reduzida (± 5 cigarros por dia). Em algumas abordagens na dependência da nicotina, a estratégia consiste em reduzir o prejuízo provocado pelo tabaco, através da modificação de comportamentos tabágicos como a taxa de consumo, o tipo de tabaco fumado, a topografia de inalação ou a ocasião em que se

[31] A intoxicação aguda (F1x.0), consiste numa condição passageira provocada pela ingestão de álcool ou outra substância psicoactiva, sem história persistente de uso nocivo, síndroma de dependência ou perturbação psicótica (WHO, 1992).

[32] O uso nocivo (F1x.1), refere-se a um padrão de consumo que está a lesar a saúde física e/ou mental do utilizador. Este consumo pernicioso é habitualmente criticado pelas pessoas e acarreta várias consequências sociais adversas. O diagnóstico é excluído se existir uma síndroma de dependência, perturbação psicótica ou outra perturbação relacionada com o consumo de substâncias (op cit.).

[33] A perturbação psicótica (F1x.5), caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas psicóticos, desencadeados imediatamente após a ingestão de substâncias psicoactivas. No caso da substância ingerida ser alucinogénia e se verificarem apenas distorções sensoriais e experiências alucinatórias, será necessário considerar também o diagnóstico de intoxicação aguda (op cit.).

fuma[34]. Com base nesta perspectiva, as principais críticas dirigem-se à ideia de que o tabagismo seja uma doença, que os fumadores tenham características semelhantes a outros toxicómanos (ex. falta de controlo, sentimentos de desespero, desamparo e vulnerabilidade) ou que os programas de tratamento devam incidir em aspectos psicológicos (estima pessoal ou estratégias de confronto), em vez de se cingirem à bioquímica da dependência (Rogers & Baldwin, 1999). Aproximando-se um pouco desta linha teórica, Alan Marlatt e Judith Gordon (1985), investigadores da área das terapias em prevenção da recaída, vêm, precisamente, introduzir uma ruptura com dois modelos prévios: (1) o modelo moral e (2) o modelo médico:

- **Modelo moral.** A importância que o modelo moral colocou nos mecanismos biológicos da dependência e nos efeitos farmacológicos das substâncias, levou a considerar-se impossível que a pessoa exercesse qualquer controlo voluntário sobre o desejo, a compulsão ou a urgência de consumir. Com base numa moralidade judaico-cristã, ao indivíduo dependente faltaria a "fibra moral" para resistir à tentação.
- **Modelo médico.** O modelo médico parte do pressuposto de que o comportamento de dependência se baseia numa predisposição fisiológica, geneticamente transmitida. Assim, passaram a considerar-se as dependências como doenças, removendo-se o estigma moral e favorecendo a procura de cuidados de saúde. O diagnóstico, porém, criou outros estereótipos, nomeadamente o papel de doente e a ideia de uma doença incurável, com natureza recidivante. Esta concepção tende a associar-se à passividade e desresponsabilização perante o tratamento, bem como à baixa percepção de auto-controlo.

O que Marlatt (Marlatt & Gordon, 1985) propõe é uma terceira via, na qual a dependência é encarada segundo um *continuum* governado por princípios comuns a outros processos de aprendizagem, em oposição directa ao modelo moral. Desta

[34] Os detractores desta estratégia de redução do risco, salientam que os fumadores tendem sempre a adoptar medidas de compensação, à medida que o número de cigarros ou o teor de nicotina e alcatrão é reduzido (Benowitz et al., 1986), além de manterem a exposição aos efeitos nefastos do fumo do tabaco (Godtfredsen et al., 2002). Outros comentários críticos referem-se ao facto de serem ainda pouco conhecidos os benefícios do tabagismo controlado, bem como o seu impacto na redução da morbilidade e mortalidade (Godtfredsen et al., 2001, 2002). Um estudo desenvolvido pelos autores (op cit., 2002), demonstra que os fumadores leves não reduzem significativamente o seu risco de hospitalização por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), ao passo aqueles que mantêm a sua abstinência ao longo de cinco anos, têm 40% menor probabilidade de internamento por DPOC.

forma, a dependência de substâncias, à semelhança de outros hábitos, pode ser modificável através da aprendizagem de novos padrões funcionais, em que a obtenção do prazer e a modelação de estados emocionais não sejam mediados pela ingestão de substâncias psicoactivas. Com este objectivo terapêutico, torna-se crucial compreender os determinantes sócio-cognitivos das condutas aditivas, incluindo os antecedentes ambientais, as crenças e expectativas, as consequências desses comportamentos ou a história pessoal (Trigo, 2006).

Quadro V. Critérios para diagnóstico da dependência de substâncias (DSM-IV-TR).

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

(1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
   (a) necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
   (b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

(2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
   (a) síndroma de abstinência característica da substância (recorrer aos critérios A e B para abstinência de substâncias específicas);
   (b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

(3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

(4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

(5) É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos.

(6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da sustância.

(7) A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

Especificar se:

- **Com dependência fisiológica:** evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2).
- **Sem dependência fisiológica:** sem evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2).

Especificações da evolução (consultar texto para definições):

- **Remissão total precoce**
- **Remissão parcial precoce**
- **Remissão total mantida**
- **Remissão parcial mantida**
- **Em terapia agonista**
- **Em ambiente controlado**

Fonte: APA (2002, p. 197).

Apesar destes pontos de vista apresentarem concepções alternativas, tanto nos Estados Unidos da América (APA, 2002; Fiore et al., 2000; USDHHS, 1988), como na Europa (Soares & Carneiro, 2002; WHO, 1992), tornou-se relativamente unânime que o tabagismo constitui uma doença, caracterizada pela dependência crónica e pela recaída. Dos vários critérios definidos no Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (ver Quadro V), os mais importantes na definição da dependência de nicotina incluem: (1) um padrão de auto-administração, (2) acompanhado por uma reacção de tolerância e (3) pelo despoletar de uma síndroma de abstinência, na sequência da interrupção do uso da substância (APA, 2002; USDHHS, 1988).

2.1.1. Padrão de auto-administração

O conceito de auto-administração, controlada ou compulsiva, refere-se a um comportamento de procura e uso dos produtos do tabaco que se caracteriza por uma sensação de urgência (dimensão compulsiva) e desejo (dimensão obsessiva) intenso de consumir (USDHHS, 1988). Esta exposição repetida à nicotina, conduz a um estado de dependência física que, no caso de cessar abruptamente, desencadeia um quadro de abstinência (Benowitz, 1998). Embora o fumador habitualmente não se aperceba, o controlo sobre o acto de fumar não resulta tanto do seu capricho ou prazer, mas precisamente de flutuações nas concentrações sanguíneas de nicotina e da exposição directa ou indirecta a estímulos relacionados com a substância (Marlatt & Gordon, 1985). Estas pistas ambientais, por seu turno, activam processos atencionais e cognitivos, expectativas positivas de gratificação, desejo, bem como respostas fisiológicas e somáticas (Beck et al., 1993; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999; Niaura, 2000). Assim, a relação entre o efeito desejado e o efeito produzido, leva o fumador a estabelecer um uso continuado e estereotipado, apesar dos conhecidos malefícios do tabaco ou mesmo da presença de doenças físicas (Critério 7; APA, 2002). O padrão de consumo de nicotina resultará de necessidades individuais. Um fumador "social" será menos dependente do que aquele que procura os efeitos induzidos pela substância, designadamente na esfera afectiva e do desempenho (Fagerström & Schneider, 1989). Neste sentido, a auto-administração de nicotina envolve, não apenas vários níveis de dependência, mas também diferentes dimensões, ou seja, dependência física, psicológica, emocional, comportamental e social.

A ritualização ou mecanização mão-boca, os aspectos sensoriais e o simbolismo associado ao padrão de consumo são igualmente importantes. Deste ponto de vista, a auto-administração não se cinge ao consumo físico da substância, mas antecipa-se através de um vasto conjunto de acções, sensações e vivências de satisfação, desencadeadas pela manipulação dos produtos do tabaco. Observe-se, por exemplo, um fumador a abrir o seu maço de tabaco, a puxar por um cigarro, colocando-o na boca, ao mesmo tempo que o ajeita entre os lábios. Depois, procura lume e acende o cigarro. Quem não reconhece o inconfundível "clic" metálico de um isqueiro *Zippo*®. Após inalar, o fumador sopra para o ar e observa a nuvem de fumo que ele próprio tem o poder de criar. À medida que fuma o seu cigarro, vai-lhe batendo e rodando suavemente para fazer desprender a cinza. Esta experiência é intensa, envolvendo a visão, a audição, o paladar, o olfacto, o tacto, a propriocepção e o prazer, através de movimentos automáticos e expressões corporais indefinidamente repetidas. Directamente relacionado com os rituais de consumo, coloca-se a questão do tempo e energia despendida na compra e armazenagem de tabaco (Critério 5; APA, 2002). Como se sabe, os fumadores dirigirem-se diariamente às tabacarias para comprar a sua marca preferida de cigarros e, no caso de não estarem disponíveis, procurarão nos vários locais de venda, até os encontrarem. Se, por acaso, durante a noite o tabaco acabar, sairão à sua procura, embora seja mais habitual evitarem estas situações, guardando os maços de tabaco necessários.

Outro aspecto que revela a natureza compulsiva da nicotino-dependência, relaciona-se com a elevadíssima taxa de recaída. Ao longo da sua história, a maioria dos fumadores já tentou deixar de fumar (USDHHS, 1988) e, em média, antes de atingir a abstinência recairá entre três a sete vezes (Prochaska & DiClemente, 1982). Anualmente, cerca de 80% dos fumadores manifestam desejo de parar de fumar e aproximadamente 35% efectuam uma tentativa, porém menos de 5% consegue fazê-lo sem ajuda (APA, 2002). Recorrendo a programas de terapia cognitivo-comportamental, a abstinência no final do tratamento atinge os 80% e, aos doze meses, poderá manter-se nos 40-50%, especialmente quando se combinam terapias de substituição nicotínica (Lichtenstein & Glasgow, 1992). Aquilo que estes dados mostram é, não apenas a natureza recidivante da dependência de nicotina, mas também a sua tendência à cronicidade. Trata-se, na realidade, de uma desordem crónica que tende a perdurar ao longo de vários anos, evoluindo por ciclos de remissão e recaída. Reconhecer a cronicidade do tabagismo, ajuda a compreender que

o sucesso do seu tratamento não pode ser definido apenas com base na abstinência inicial, motivo pelo qual o fumador necessitará de acompanhamento e apoio clínico continuado (Fiore et al., 2000; Kohler & Bailey, 2002; USDHHS, 2000).

2.1.2. Tolerância

A tolerância define-se pela necessidade de usar quantidades crescentes da substância, para atingir o efeito de intoxicação desejado e, simultaneamente, por uma diminuição acentuada do resultado produzido, através da utilização continuada da mesma quantidade de substância (APA, 2002). O ritmo, porém, de instalação da tolerância depende, quer do tipo de substância consumida, quer da variabilidade individual na sensibilidade a essa substância. No caso da nicotina, a velocidade de instalação da tolerância é gradual, envolvendo um efeito inicial mais intenso e uma dissipação dos sintomas de intoxicação, designadamente, náuseas, tonturas, vertigens ou boca seca, em virtude do uso repetido (APA, 2002; Becoña & González, 1998). Sem tomar consciência deste processo, o fumador vai aumentando a quantidade de cigarros consumidos, até atingir um nível diário estável. Lembremos a este propósito o adolescente que após fazer as primeiras inalações sofre imediatamente os efeitos psicotóxicos do tabaco. Dez ou vinte anos mais tarde, esta pessoa poderá fumar entre vinte a oitenta cigarros por dia, dose que poderia revelar-se fatal numa fase inicial. Esta resposta de adaptação orgânica, mais não é que uma reacção de defesa contra os efeitos tóxicos da nicotina (Groman & Fagerström, 2003). Entretanto, o fumador vai aprendendo a usar os cigarros como estratégia para lidar com as suas emoções e as situações do quotidiano (Fisher & Goldfarb, 1998; USDHHS, 1988).

Em termos bioquímicos, aquilo que ocorre é a multiplicação dos receptores nicotínicos acetilcolinérgicos (nAChRs), aumentando assim a capacidade do organismo suportar a toxicidade da nicotina, mas, simultaneamente, potenciando a sua exposição ao risco. Como consequência do uso repetido da nicotina, a toxicidade é substituída pela tolerância, pela neuroadaptação, pela dependência e pelos sinais de abstinência, à medida que a substância é metabolizada (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001). Enquanto o número de receptores se relaciona com a tolerância a longo termo, o estado de polarização ou despolarização do receptor, associa-se ao efeito agudo de tolerância (Groman & Fagerström, 2003). É por este motivo que ao

acordar ou após períodos mais longos de privação, os fumadores estão mais sensíveis aos efeitos da nicotina, elegendo frequentemente o primeiro cigarro da manhã como um dos mais agradáveis. Aliás, um dos critérios que define o nível de dependência nicotínica é a determinação de quanto tempo passa entre acordar e fumar o primeiro cigarro. Muitos fumadores pesados, na sequência da rápida dessensibilização dos receptores de nicotina, experimentam cefaleias ligeiras ou tonturas após fumar este cigarro da manhã. Em comparação, os cigarros fumados à noite e antes da hora de deitar são frequentemente descritos como menos importantes (Fagerström, 2003; Groman & Fagerström, 2003).

Assim, após algumas semanas de consumir produtos do tabaco, é habitual desenvolver-se uma reacção de tolerância que dá lugar, quer à dependência fisiológica, quer a um quadro de abstinência. Em alguns casos, contudo, o padrão de consumo não se manifesta com sinais de tolerância ou abstinência[35] e, por inerência, não ocorre dependência fisiológica. Nestas situações, subsistem outros critérios de diagnóstico importantes (APA, 2002), designadamente o consumo de quantidades elevadas de nicotina (Critério 3), o esforço infrutífero para diminuir o consumo (Critério 4), os rituais associados à obtenção e utilização da substância (Critério 5), diminuição ou abandono da participação em actividades sociais, ocupacionais e recreativas (Critério 6), bem como o consumo continuado apesar dos malefícios envolvidos (Critério 7).

2.1.3. Síndroma de abstinência

A interrupção abrupta ou a redução da utilização de produtos contendo nicotina, especialmente no caso dos cigarros, produz uma síndroma de abstinência caracterizada por sinais e sintomas de natureza física e psíquica. De entre estas alterações, são particularmente significativas as influências sobre o humor (ex. disforia, ansiedade, depressão), a cognição (ex. concentração, atenção, pensamento), a fisiologia (ex. diminuição da frequência cardíaca em 5/12 batidas por minuto) e o ritmo metabólico (ex. ganho ponderal médio de 2-3 *Kg* durante o primeiro ano). Além dos critérios definidos pela *American Psychiatric Association* (APA, 2002), existem outras alterações que devem ser consideradas (ver Quadro VI), embora o seu

[35] No *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (APA, 2002) deve especificar-se, a propósito da dependência de nicotina (F17.2X), se existe ou não dependência fisiológica.

aparecimento possa ser mais variável (Fisher & Goldfarb, 1998; NRTC, 2004). De uma forma geral, esta síndroma instala-se de forma aguda nas primeiras 24-48 horas após a cessação e pode durar de um a seis meses, ou mais, consoante a pessoa (Groman & Fagerström, 2003; Hughes & Hatsukami, 1992). Podem, também, ocorrer sintomas ligeiros de privação, após a mudança para cigarros com teores de nicotina e alcatrão mais baixos ou após interrupção de uma terapia de substituição nicotínica (APA, 2002). No caso da descontinuação de uma terapia de substituição, porém, as sensações de privação são menos intensas (Benowitz, 1998). De uma maneira geral, nota-se uma grande variação inter e intra-individual, com alguns fumadores a descreverem sinais de desconforto intenso, algumas horas depois do último cigarro, enquanto outros fumadores, com a mesma carga tabágica, referem um custo mínimo (Gilbert, 1995). A literatura sugere que aproximadamente 50% das pessoas que param de fumar sem ajuda sofram sintomas de privação (Hughes, Gust & Pechacek, 1987).

Quadro VI. Sinais e sintomas da abstinência de nicotina.

Critérios para diagnóstico da abstinência de nicotina da *American Psychiatric Association*:
A. Utilização diária de nicotina durante, pelo menos, várias semanas.
B. Interrupção abrupta da utilização de nicotina ou redução da quantidade de nicotina utilizada, seguida nas 24 horas seguintes por quatro ou mais dos sinais seguintes: (1) humor disfórico ou deprimido; (2) insónia; (3) irritabilidade, frustração ou raiva; (4) ansiedade; (5) dificuldade da concentração; (6) inquietação; (7) diminuição da frequência cardíaca; (8) aumento do apetite ou ganho ponderal.
C. Os sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou défices no funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas importantes.
D. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou a qualquer outra perturbação mental.
Outros sinais e sintomas de abstinência:
Diminuição da taxa metabólica e das concentrações de adrenalina e cortisol.
Diminuição do metabolismo de outras drogas, incluindo cafeína, álcool e fármacos.
Lentificação do EEG.
Diminuição dos tremores.
Cefaleias ligeiras.
Hipersonia.
Cansaço e sonolência.
Redução da capacidade para desempenhar tarefas.
Sudorese.
Desejo intenso.
Aumento da temperatura da pele.
Tosse e irritação da garganta.
Indisposição gástrica e obstipação.

Fontes: APA (2002, p. 266), Fisher e Goldfarb (1998); NRTC (2004).

Referindo-se ao alcoolismo, Gorski e Miller (1986) descrevem um curso típico para a síndroma de abstinência, distinguindo uma fase aguda (primeiros três a dez dias) que, geralmente, é atenuada por uma droga de substituição, posteriormente retirada e uma fase pós-aguda (sete a catorze dias depois de parar) que se pode prolongar durante meses ou anos. A intensidade máxima destes sintomas é atingida entre os três e os seis meses, período após o qual tendem à remissão. No alcoolismo, esta síndroma tardia resulta das disfunções cerebrais provocadas pelo consumo continuado, mas, essencialmente, do abandono da principal estratégia para lidar com o stresse e da alteração dos estilos de vida. O curso destes sintomas, está sujeito a quatro padrões: evolução regenerativa (quanto mais tempo de abstinência, menos sintomas), evolução degenerativa (quanto mais tempo de abstinência, mais sintomas), evolução estável (manutenção da intensidade dos sintomas) e evolução intermitente (vagas alternadas de sintomas).

É curiosa a perspectiva da *American Lung Association* (Fisher & Goldfarb, 1998), ao referir-se à síndroma física e psíquica de abstinência da nicotina, como um processo de recuperação e desintoxicação, retirando-lhe toda a carga negativa e psicopatológica, para lhe atribuir uma conotação verdadeiramente positiva e benigna. Outro ponto de vista interessante, consiste em interpretar a síndroma desencadeada pela cessação tabágica, como uma reacção de perda psicológica, equiparável à que se observa na abstinência de outras drogas, em desaires amorosos, nos conflitos interpessoais com pessoas significativas, quando são falhados objectivos pessoais relevantes ou em estados de luto (Gilbert, 1995), tal como foram descritos por Kübler-Ross (1969). Segundo este autor, a recuperação psíquica passa por um processo cognitivo-emocional faseado (i.e. negação, ira, depressão, negociação e aceitação), dominado pelo sofrimento, ao longo de vários meses, o qual culmina com a aceitação da perda e a reorganização da identidade pessoal.

2.2. Fundamentos biocomportamentais

2.2.1. Mecanismos de acção da nicotina

A absorção da nicotina pelas membranas do organismo, ocorre na sequência da combustão do tabaco que provoca a destilação da nicotina e consequente inalação,

num processo que depende do pH[36]. O pH do fumo produzido pelos tabacos curados em fumeiro, habitualmente utilizados no fabrico de cigarros, são geralmente ácidos (pH 5,5), o que dificulta a absorção da nicotina pelas mucosas orais. Pelo contrário, o pH dos tabacos curados ao ar, como aqueles que são utilizados em cachimbos, charutos e alguns cigarros europeus, é alcalino (pH 8,5), o que facilita a absorção da nicotina na boca. Porém, quando o fumo atinge os alvéolos pulmonares, a nicotina é rapidamente absorvida, independentemente do pH, provocando um aumento abrupto das concentrações sanguíneas de nicotina (Benowitz, 1998; USDHHS, 1988). Na realidade, cerca de 90% da nicotina é assimilada pela árvore bronquial e alvéolos pulmonares e os restantes 10%, por via oral, digestiva, dérmica e conjuntiva (Cabo, 1992). Quando se compara o cigarro, com outros métodos para administração de nicotina, designadamente as pastilhas de resina, os pulverizadores nasais (*spray*) ou os adesivos transdérmicos, o cigarro é o sistema mais eficaz, demorando, entre a inalação e a chegada ao cérebro, cerca de 5-10 segundos (Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001).

À medida que a nicotina atravessa os terminais nervosos, os órgãos e a barreira hematoencefálica, liga-se a proteínas, designadas por receptores colinérgicos de nicotina, uma vez que originalmente eram receptores que respondiam à acetilcolina[37]. Estes receptores encontram-se principalmente no córtex, tálamo, núcleo interpeduncular, amígdala, septo, córtex motor e núcleos cerúleos que, por seu turno, enviam informação aos músculos esqueléticos e facilitam a libertação de neurotransmissores como a acetilcolina, norepinefrina (ou noradrenalina)[38],

[36] O pH de uma solução aquosa é um valor que expressa a acidez ou basicidade, em termos da quantidade relativa de iões de hidrogénio (H^+) e iões de hidróxido (OH^-). O valor do pH pode situar-se numa escala entre 0 (muito ácido) e 14 (muito básico ou alcalino), com o valor 7 a representar o ponto neutro (AAE, 1991).

[37] A acetilcolina é o transmissor químico do sistema nervoso parasimpático, dos gânglios simpáticos e das junções neuromusculares. Esta substância também se encontra no cérebro, onde exerce um papel importante no sistema reticular activador (alerta), nos gânglios da base, no córtex cerebral e nos processos de sensibilidade dolorosa (Leigh, Pare & Marks, 1981).

[38] A norepinefrina é o transmissor dos nervos adrenégicos pós-ganglionares. Na periferia estimula os α receptores do sistema nervoso simpático, motivando a elevação da pressão sanguínea e uma maior resistência vascular periférica, bem como do fluxo sanguíneo cerebral. No cérebro, a noradrenalina está associada a mecanismos que se encontram na base do humor, de reacções de aprendizagem e de sistemas que assinalam a recompensa (op cit.).

dopamina[39], serotonina[40] e β-endorfina[41]. A diversidade de neurotransmissores libertados, poderá ajudar a compreender os múltiplos efeitos da nicotina (Benowitz, 1998; Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001). É interessante notar que, tanto em estudos experimentais com animais expostos ao fumo do tabaco, como em autópsias ao cérebro de fumadores, se identificaram maior número de receptores nicotínicos (Benwell, Balfour & Anderson, 1988), dando conta da maior sensibilidade dos fumadores e ex-fumadores aos estímulos nicotínicos, mas também das transformações cerebrais que ocorrem nos organismos que apresentam história de tabagismo. Em parte por este motivo, fará mais sentido falar de neuro-adaptação do que em dependência física (Edwards, Arif & Hodgson, 1981).

Depois da fase inicial de distribuição da nicotina, em direcção ao cérebro, fígado, rins, urina e tecido gordo, segue-se uma diminuição das suas concentrações sanguíneas, decorrente do metabolismo da nicotina. A partir do momento em que a semivida inicial[42] é atingida, após as duas primeiras horas, os níveis sanguíneos de nicotina começam a reduzir 50% em cada duas horas. Neste processo de eliminação, 90% da nicotina é transformada no fígado e os restantes 10% pela urina, saliva, suor, leite materno, secreções cervicais e cabelo (Benowitz, 1996; 1998). Isto quer dizer que a maior parte da nicotina é transformada pelo organismo, em químicos diferentes, principalmente cotinina que é, não apenas, uma substância menos potente do que a nicotina, mas que apresenta também um período de semivida superior ao da nicotina (± 20 horas). Uma vez que a concentração de cotinina pode ser medida por análise do sangue, urina ou saliva, ela torna-se um bom marcador da quantidade de nicotina consumida (Benowitz, 1996). O ritmo de excreção da nicotina e da cotinina aumentará ligeiramente, se a acidez da urina for elevada, em consequência da ingestão de vitamina C ou da elevação dos níveis de stresse e, inversamente, será mais lenta, se o pH da urina for alcalino, em virtude da ingestão de anti-ácidos como o bicarbonato

[39] Ver adiante descrição do sistema de activação mesolímbico dopaminérgico.

[40] A serotonina é um transmissor neuronal dos sistemas periférico e central. Pensa-se que os sistemas serotonínicos do cérebro participem no controlo da percepção, do humor, do sono, do pensamento e do comportamento. Os mecanismos serotonínicos do cérebro, também participam na regulação da função do hipotálamo, pituitária, da ovulação e da secreção de adrenocorticotropina - ACTH (op cit.).

[41] As endorfinas são produzidas essencialmente na pituitária e na zona do hipotálamo, existindo três tipos - α-endorfinas, β-endorfinas e G-endorfinas. As endorfinas actuam através dos receptores opiáceos, modulando os impulsos nervosos, afectando os níveis de colesterol e controlando as percepções de dor e euforia (AAE, 1991).

[42] Tempo que demora para que a concentração inicial de nicotina no sangue se reduza a metade.

de sódio[43]. Esta diferença nos ritmos de excreção, porém, é pouco significativa para ter qualquer valor no controlo da dependência nicotínica (Schachter et al., 1977).

A grande variedade de mecanismos psicofisiológicos envolvidos na mediação dos efeitos psicoactivos da nicotina, juntamente com os processos de auto-regulação emocional, exige uma abordagem da dependência do tabaco baseada no multi-reforço, no multi-mecanismo e, por inerência, na noção de entidade biocomportamental. Importa, pois, realçar que a nicotina provoca dependência, porque ela estimula os mecanismos de reforço do sistema nervoso central, promovendo sensações de prazer, ajudando a lidar com o afecto negativo e com a percepção de dor (Gilbert, 1995). Comparando os efeitos subjectivos de fumar, com o consumo de álcool, anfetaminas, cocaína, cola, heroína, marijuana ou a prática de sexo, a estimulação hedónica provocada por estas substâncias é mais intensa do que a promovida pelos produtos do tabaco. Inversamente, o uso de indutores do sono e tranquilizantes é menos reforçador que fumar. Ao mesmo nível encontram-se actividades como beber café e comer chocolate (Warburton, 1988). Entre os vários modelos psicofisiológicos desenvolvidos no âmbito da nicotino-dependência, os mais relevantes salientam o papel desempenhado pelos mecanismos de (1) reforço da afectividade positiva e de (2) redução da afectividade negativa, bem como os mecanismos implicados na (3) alteração da percepção corporal e na (4) regulação da conduta alimentar.

Reforço da afectividade positiva

- **Sistema de activação mesolímbico dopaminérgico.** A dopamina é um neurotransmissor importante do sistema nervoso central. Os estudos têm sugerido que a nicotina e outras drogas, são ministradas porque activam o sistema mesolímbico dopaminérgico, associado a mecanismos de incentivo e reforço positivo. As principais consequências da acção deste sistema têm a ver com a activação da psicomotricidade, da modulação emocional e da manutenção de um processo de dependência da dopamina e consequente padrão de auto-administração (Gilbert, 1995). Em condições psicofisiológicas normais, a

[43] O bicarbonato de sódio é um composto cristalino de cor branca, muito solúvel em água, com sabor ligeiramente alcalino. Usa-se como anti-ácido, para tratar a acidez do estômago (Wikipedia, 2005).

dopamina é libertada na antecipação de comportamentos sexuais e alimentares (Blackburn et al., 1989).

Por outro lado, o sistema dopaminérgico exerce um papel importante sobre várias doenças psiquiátricas. Segundo se pensa, a degenerescência das células do *locus niger* constitui a lesão que provoca o parkinsonismo e a administração de levodopa, o aminoácido precursor da dopamina, revela efeitos positivos em muitos doentes parkinsónicos (Leigh, Pare & Marks, 1981). Atendendo à acção estimulante da nicotina, sobre o sistema dopaminérgico, alguns estudos têm apontado um efeito anti-parkinsónico da nicotina (Baron, 1986; Goff, Henderson & Amico, 1992; Hernán et al., 2002; Sandyk, 1993), bem como do consumo de café (Hernán et al., 2002; Martyn & Gale, 2003). Um estudo de meta-análise sugere que os fumadores têm um risco 60% menor de sofrer doença de Parkinson, ao passo que, nos bebedores regulares de café, esse decréscimo de risco situa-se nos 30%. No *Caerphilly Study* (1999), porém, os fumadores, em comparação com os ex-fumadores e não os fumadores, apresentaram resultados mais baixos em testes que avaliavam funções cognitivas. Launer e a sua equipa (1996), por seu turno, encontraram 20% mais erros nas respostas ao *Mini-Mental State Examination*. É igualmente importante notar que o risco de sofrer cancro, doença cardíaca e doença respiratória está aumentado (Hernán et al., 2002).

O caso dos doentes crónicos com esquizofrenia merece igualmente atenção, uma vez que é habitual o seu nível de dependência tabágica ser muito elevado. Ao que parece, na esquizofrenia o córtex pré-frontal é hipoactivo e esta deficiência estará relacionada com a diminuição da actividade dopaminérgica que, por seu turno, se associa ao aparecimento dos sintomas negativos (ex. apatia, anedonia, abolia, apragmatismo). Uma das hipóteses, é que estes doentes procurem intuitivamente um efeito de activação do sistema dopaminérgico, através da ingestão de nicotina (Glassman, 1993).

- **Gratificação sensorial e procura de sensações.** Muitos fumadores retiram prazer da estimulação sensorial que o acto de fumar provoca. Uma parte desta satisfação associa-se à inalação do fumo e consequente sensação de "arranhar" na garganta e impacto nos pulmões (Levin et al., 1991), em parte semelhante ao efeito produzido pela ingestão de bebidas gaseificadas (Rose &

Behm, 1987). Fumar serve, assim, uma função sensorial próxima ao mastigar pastilha elástica, tomar refrigerantes ou beber café, ao mesmo tempo que se associa à redução da afectividade negativa, uma vez que distrai a pessoa de outros estímulos internos ou externos desagradáveis (Gilbert, 1995).

Redução da afectividade negativa[44]

- **Modelo da auto-medicação.** É mais frequente ouvir os fumadores dizerem que fumam para reduzir o seu nível de stresse e desconforto emocional, do que para potenciar sensações de bem-estar. Este ritual de consumo tem sido descrito pelo modelo da auto-medicação, segundo o qual a manutenção do tabagismo obedece ao objectivo de aliviar a sintomatologia ansioso-depressiva experimentada pelos fumadores. Um dos mecanismos biopsicológicos pelos quais a nicotina actua, é através da libertação de substâncias psico-estimulantes, designadamente de dopamina, a qual alivia rapidamente os efeitos adversos do stresse, ajudando o fumador a enfrentar os estados afectivos negativos. Assim, o excesso de ansiedade e tensão, associada à percepção de não saber como lidar com essas emoções, favorecem o envolvimento em condutas de dependência (ex. beber álcool abusivamente, comer em excesso, auto-medicar-se, etc.). Ao conseguir um efeito tranquilizante, rápido e sem esforço, através do consumo de uma substância, aumenta a probabilidade desse comportamento passar a integrar o repertório de condutas.

  Por outro lado, tem sido sugerido que parte destes estados emocionais negativos[45] surjam como consequência da abstinência nicotínica. Neste sentido, o desconforto do fumador é induzido precisamente pelo facto de ele fumar, criando-se assim um duplo sistema de reforço, ou seja, sedação do stresse e da síndroma de abstinência, que mantém a conduta e culmina num ritual de auto-administração (Trigo, 2005). Assim, contrariamente à crença mais comum nos fumadores, fumar provoca stresse, desconforto e afectividade negativa que o fumador gere, ingerindo mais nicotina (Parrott, 1999, 2000; USDHHS, 1988).

[44] A afectividade negativa refere-se a uma dimensão geral de stresse e desprazer que compreende uma variedade de estados aversivos do humor, incluindo ira, alegria, desgosto, culpa, medo e ansiedade (Watson, Clark & Tellengen, 1988).

[45] Por exemplo, irritabilidade, tensão, ansiedade, dificuldade em concentrar a atenção, impaciência ou aumento do apetite.

- **Modelo do cortisol.** As discussões em torno deste modelo têm sido relativamente controversas. Por um lado, sabe-se que a nicotina estimula a libertação de cortisol e outros corticosteróides, os quais exercem um papel relevante na mediação das respostas de stresse, reduzindo a excitabilidade do Sistema Nervoso Central (SNC), atenuando várias funções fisiológicas e produzindo um efeito tranquilizante. O facto, porém, de os fumadores relatarem um efeito de tranquilização, logo após fazerem algumas inalações, deve ser considerado com precaução, na medida em que, entre a inalação e a libertação de cortisol, decorrerão cinco a dez minutos (Gilbert, 1995). Por outro lado, a elevação do cortisol, em resposta a situações de stresse, provoca a diminuição da biodisponibilidade de nicotina, induzindo-se, assim, um estado equivalente à síndroma de privação nicotínica. Alguns estudos sugerem, também, que o aumento do consumo de cigarros, em resposta aos estímulos indutores de stresse, contribui para a diminuição da sensibilidade do SNC à nicotina e, por inerência, para a diminuição da libertação de cortisol (Pauly, Ullman & Collins, 1988).

Alteração da percepção corporal

- **Elevação do limiar de percepção.** A nicotina pode reduzir a intensidade das experiências emocionais, ao aumentar o limiar de tolerância a estados emocionais indutores de tensão física. Os mecanismos mediadores que parecem estar na base desta alteração, relacionam-se com o aumento de β-endorfinas ou de cortisol (Gilbert, 1979; 1995). Os estudos nesta área, porém, também não são inequívocos. Alguns investigadores sugerem que o tabagismo interfere na percepção da contracção de determinados músculos, activados durante estados emocionais negativos (Levine & Lombardo, 1985 cit. in Gilbert, 1995), bem como na elevação do limiar de percepção aos estímulos dolorosos (Pomerleau, Turk & Fertig, 1984). Outros trabalhos não confirmam qualquer associação entre o tabagismo e o aumento da tolerância aos estímulos dolorosos (Knott & De Lugt, 1991).
- **Relaxamento muscular.** Uma outra hipótese sobre os efeitos da nicotina na redução do stresse psicológico, é a de que esta substância provoque uma diminuição da tonicidade muscular e, como consequência, estimule sensações de tranquilização (Gilbert, 1995). Um estudo de Fuller e Forrest (1977)

assinalou uma redução da actividade electromiográfica, em condições de stresse elevado e baixo.

Regulação da conduta alimentar

- **Modelo do controlo de peso.** As relações entre a nicotino-dependência e o apetite, a ingestão de alimentos ou o peso corporal, são bastante importantes, não apenas devido aos mecanismos psicofisiológicos envolvidos, mas porque suscitam questões relacionadas com a gestão de stresse, a desabituação tabágica e a prevenção da recaída. Quando um fumador pára de fumar, ganha em média 2-3 *Kg* (USDHHS, 1990) e, por esta razão, muitas pessoas, particularmente as mulheres, alegam preferir não deixar de fumar. Nestes casos, os alimentos passam a exercer uma função ansiolítica, semelhante à do tabaco (Gilbert, 1995). Saliente-se que em muitas situações, independentemente da quantidade de calorias ingeridas, ocorre um ganho ponderal em consequência das alterações metabólicas (Fiore et al., 2000).
- **Modelo da hipoglicémia.** A hipoglicémia que, como se sabe, resulta de um abaixamento significativo dos níveis de açúcar no sangue, está associada a sintomas como tremores, palpitações, desmaio, fraqueza e fome ou, em casos mais agudos, perturbações perceptivas, da capacidade de concentrar a atenção e de resolver problemas, cefaleias e confusão. Segundo um estudo de Hicker e Harner (1973 cit. in Gilbert, 1995), o alívio das reacções provocadas pela hipoglicémia, podem ser facilitadas pela acção da nicotina, ao estimular a libertação de epinefrina que, por sua vez, promove a libertação de glicose armazenada no fígado. Neste sentido, a nicotina poderá também desempenhar uma acção no alívio da sensação de fome e no controlo do apetite (Grunberg, 1985).
- **Modelo serotonínico.** A serotonina está intimamente relacionada com o comportamento alimentar, o humor e com a afectividade negativa e, através de estudos experimentais, demonstrou-se que a administração de serotonina, após a cessação tabágica, se associou à supressão do ganho ponderal, do excesso de apetite e do humor disfórico, habituais na abstinência nicotínica. Este facto, demonstra existir um mecanismo de modulação serotoninérgica nas alterações do humor e apetite, subsequentes à cessação tabágica (Spring et al., 1991). O aumento das concentrações cerebrais de serotonina, por seu turno, pode ser

mediado pela ingestão de doces e chocolates, os quais passam a actuar como uma estratégia intuitiva de auto-medicação para os estados emocionais negativos (Schuman, Gitlin & Fairbanks, 1987).

2.2.2. Gestão da síndroma de abstinência

Apesar do seu aspecto ingénuo e inócuo, o cigarro é um produto tecnológico altamente sofisticado, optimizado até ao ponto de se tornar a forma mais eficaz de ministrar doses controladas de nicotina ao cérebro (Hurt & Robertson, 1998). Na verdade, o consumo de nicotina é motivado pelos seus efeitos psicobiológicos positivos e negativos. Apesar de, por vezes, ser difícil separar o que constitui reforço positivo e reforço negativo, considera-se que o primeiro inclui as sensações de relaxação e redução do stresse, aumento dos níveis de vigilância, melhoria subjectiva das funções cognitivas, modulação do humor e controlo do peso, enquanto o segundo, se refere, essencialmente, ao alívio dos sintomas de privação (Groman & Fargerström, 2003; Hughes & Hatsukami, 1986). Assim, quando o fumador repõe os níveis sanguíneos de nicotina, é reforçado pela sua acção sobre o organismo que o protege de sentir o desconforto da privação. Neste processo de gestão intuitiva e automática das concentrações de nicotina, cada fumador aprende a manipular diversos factores mediadores, como o padrão de inalação, o tipo de produto do tabaco consumido, o nível de exposição ao fumo do tabaco, o contexto psicossocial ou os polimorfismos genéticos:

- **Padrão de inalação.** O padrão de inalação relaciona-se com o volume e profundidade de cada inalação, mas também com o ritmo e intensidade de fumar (Herning et al., 1983). Segundo Eysenck (2000), em média um fumador de cigarros do tipo americano, fará cerca de dez inalações por cigarro, cada qual com uma duração de meio a quatro segundos e um volume de fumo inalado que variará entre os 25-60 cm^3 (M = 42,5 cm^3). A quantidade média de CO produzido ao fumar um cigarro, será de 3-25 cm^3, dependendo da rapidez com que o cigarro é fumado, absorvendo cerca de 1-2 *mg* de nicotina por cada cigarro. Por seu turno, os fumadores que inalam com mais frequência e com intervalos curtos, sujeitam o organismo a um padrão de administração que o torna propenso a níveis mais elevados de tolerância e em consequência da

neuroadaptação, a uma síndroma de abstinência tendencialmente severa (Groman & Fargerström, 2003).

- **Produto do tabaco consumido.** O tipo de tabaco consumido, condiciona o padrão de inalação e as concentrações sanguíneas de nicotina. Um fumador habituado a uma marca de cigarros, com um teor elevado de nicotina, ao mudar para outra marca de menor teor nicotínico, tenderá a usar medidas de compensação, como fumar maior número de cigarros, consumir maior porção de cada cigarro, fazer inalações mais largas, profundas ou frequentes, ter o cigarro mais tempo na boca ou a tapar o filtro para retardar a combustão (Becoña & González, 1998). Por outro lado, fumar cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbo ou tabaco de mastigar implica diferenças, não apenas no ritmo de libertação de nicotina, mas também nos rituais e contextos sociais propícios à utilização de cada produto. Comparativamente, uma cigarrilha equivale a cerca de dois cigarros, um cachimbo, a dois cigarros e meio e um charuto a quatro cigarros (NRTC, 2004). Em relação ao tabaco de mastigar, um estudo (Benowitz et al., 1988) revelou que mastigar durante trinta minutos uma dose média de 2,5 *gr*, libertava 3,6 *mg* de nicotina (apróx. 3 cigarros) e, para uma dose de 7,9 *gr*, a quantidade de nicotina subia para 4,6 *mg* (apróx. 4 cigarros).
- **Exposição ao fumo do tabaco.** A exposição passiva e/ou activa ao fumo do tabaco, condiciona o nível de nicotina absorvido. O fumador activo está exposto a três tipos de fumo (ver Figura 3): (1) o fumo da corrente principal que entra na boca do fumador quando chupa pelo filtro, (2) o fumo lateral que, de todos, é o mais tóxico e se liberta para o ambiente enquanto o cigarro arde sem ser fumado e (3) o fumo terciário, exalado pelo fumador após uma inalação (Dautzenberg, 1996). Como se constata, o nível de exposição ao fumo resulta, não apenas da corrente principal, mas também da diluição entre o fumo lateral e terciário e o ar do local onde o fumador se encontra. Este é também o motivo pelo qual a exposição aos ambientes contaminados pelo fumo do tabaco (*Environmental Tobacco Smoke* - ETS), ou seja, o tabagismo passivo, tem merecido a atenção dos investigadores e em 1986 foi o tema de um Relatório do *Surgeon General* (USDHHS, 1986).

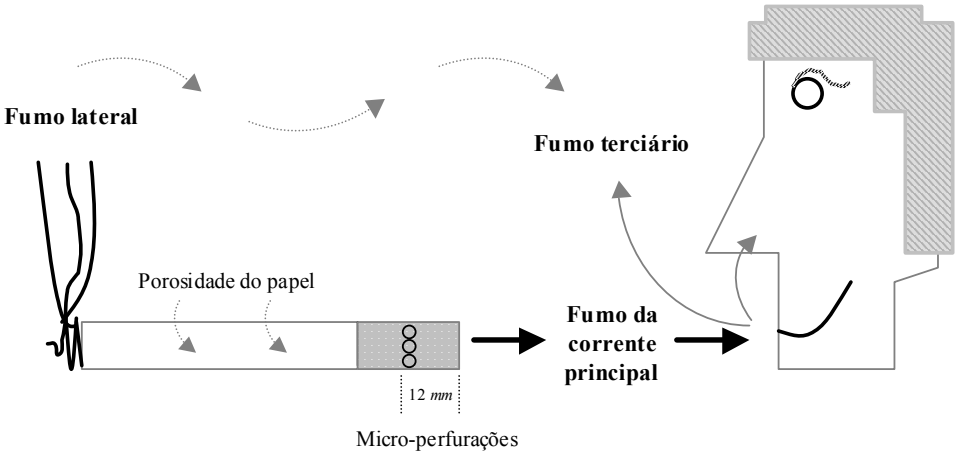


Figura 3. Tipos de fumo produzidos durante a combustão do cigarro.

- **Contexto psicossocial.** O acto de fumar é afectado, quer por estados intra-pessoais (ex. desejo, sensações físicas, estados emocionais positivos e negativos, pensamentos), quer pela exposição a situações inter-pessoais (ex. pressão social directa e indirecta, conflitos interpessoais, situações de convívio e prazer). Em ambas as situações (intra e inter-pessoais), os fumadores aprendem a usar o efeito bifásico da nicotina, ora promovendo a activação/estimulação, ora induzindo a desactivação/sedação psicofisiológica (Eysenck, 1980; USDHHS, 1988). Neste sentido, o estado emocional, físico e os contextos sociais influenciam a forma como cada cigarro afecta a percepção do fumador (USDHHS, 1988). Porém, a acção estimulante e tranquilizante da nicotina é de tal forma subtil que muitos fumadores não percebem que a usam para modular estados emocionais ou para potenciar sensações de prazer (Gilbert, 1995). Apesar de desconhecerem os efeitos farmacológicos e psicoactivos do tabaco, os fumadores usam a nicotina para optimizar alguns desempenhos cognitivos, regular o peso ou, por exemplo, para lidar com situações indutoras de stresse (Groman & Fagerström, 2993).

- **Polimorfismos genéticos.** Estudos relativamente recentes revelam existir diferenças no número de receptores cerebrais de nicotina, na taxa de metabolização e sensibilidade à nicotina ou na rapidez com que se desenvolve a tolerância. Apesar dos resultados serem ainda pouco consistentes, os investigadores têm-se interessado especificamente pelo papel da enzima CYP2A6 (Tricker, 2003; Tyndale, Pianezza & Sellers, 1999), responsável pela

transformação da nicotina em cotinina, bem como pelos genes que regulam a função dopaminérgica – DRD2 (Comings et al., 1996). Estas variações genéticas parecem desempenhar um papel importante na determinação da quantidade de substância ingerida, do número de anos de tabagismo, da gravidade da dependência, da intensidade da síndroma de abstinência ou da propensão para recair. Tem sido também sugerido que a variância explicada pelos factores genéticos na determinação da intensidade do hábito de fumar, possa variar entre os 50% (Groman & Fargerström, 2003) e os 70% (True et al., 1997).

2.2.3. Perspectiva biopsicossocial da dependência

A menos que se tornasse uma moda de magnitude pandémica, seria pouco provável alguém desenvolver um consumo regular e dependente de cigarros sem nicotina ou herbáceos. Isto significa, não apenas que as propriedades psicoactivas da nicotina constituem um factor crucial na iniciação e manutenção da dependência, mas também que existem outros mediadores de natureza psicológica, social e cultural que contextualizam e favorecem determinados consumos. A relação entre micro (dimensão psicofisiológica) e macro-processos (dimensão sócio-cultural), para fazer alusão às expressões usadas por Engel (1977) no seu modelo biopsicossocial, transformam a dependência da nicotina numa entidade biocomportamental complexa. Esta complexidade relaciona-se, não apenas com a natureza dos fenómenos envolvidos, mas também com o facto de cada modelo ou teoria acrescentar uma parcela de informação, num mosaico composto por diversas realidades. Neste sentido, torna-se necessário procurar os princípios científicos comuns e convergentes, o que, de certo modo, acompanha o declínio das abordagens científicas deterministas ou das análises causais e reducionistas ("efeito bola de bilhar"), aproximando-se mais de

concepções nas quais a complexidade é abordada (Morin, 1991)[46], nomeadamente nos estudos sobre os fenómenos de auto-poiesis e auto-organização (Maturana & Varela, 1980, 1992; Varela, s/d).

Na realidade, entre as dimensões eco-bio-psico-sócio-culturais existe uma rede invisível de cumplicidades, dependências, interpenetrações e sinergias que escapam largamente à nossa compreensão. A aparente distância entre as palavras e as coisas é, na realidade, ilusória e teórica, uma vez que elas mantêm relações simultâneas de vizinhança e de identidade própria (Trigo, 2005). Relativamente aos sentimentos, por exemplo, eles resultam de um delicado sistema com múltiplos componentes indissociáveis da regulação biológica, ao passo que a razão depende de sistemas cerebrais específicos, alguns dos quais processam sentimentos. Assim, pode existir um elo de ligação, em termos anatómicos e funcionais, da razão aos sentimentos e destes ao corpo (Damásio, 1994). As estruturas psicofisiológicas e psicossociais dos sistemas vivos, não só cooperam circularmente de forma local e global ou sistémica, como têm capacidade de retro-alimentação, homeostase, autonomia, auto-organização e criatividade, definindo-se pela sua natureza de auto-poiesis, ou seja, de criação e produção (Maturana & Varela, 1980).

Ao fazer este movimento de meta-observação, interessa-nos analisar algo que se esconde transversalmente por detrás da ordem bioquímica e psicossocial. Uma tal observação deverá superar os biolog*ismos* ou os psicolog*ismos* (Jaspers, 1987) e, portanto, transcender os "*ismos*" mais próprios do reducionismo. Este corte, por assim dizer, implica recolocar o problema da (toxico)dependência sobre quatro premissas sugeridas por Claude Olievenstein (1990, p. 14):

- A droga existe sem o toxicómano. Esta matéria inerte sempre existiu, em todos os tempos e lugares;
- A atitude do Homem perante esta substância é variável, conforme o espaço, a ideologia e o momento sócio-cultural;

[46] Para Morin (1991, p. 43), a complexidade é, à primeira vista, a extrema quantidade de interacções e de inferências entre um número muito grande de unidades. Com efeito, qualquer sistema auto-organizado (vivo), mesmo o mais simples, combina um número elevado de unidades, quer de moléculas numa célula, quer de células no organismo. Porém, a complexidade compreende também incerteza, indeterminação e fenómenos aleatórios. A complexidade tem sempre contacto com o acaso. Mas a complexidade não se reduz também à simples incerteza, mas antes à incerteza no seio de sistemas ricamente organizados. Ela relaciona sistemas semi-aleatórios, cuja ordem é inseparável dos acasos que lhe dizem respeito, ligando-se a uma mistura de ordem e de desordem.

- No mesmo momento sócio-cultural, a atitude dos indivíduos é variável, conforme a vulnerabilidade pessoal ligada à história do sujeito;
- Os sentimentos humanos de falta remetem para uma outra falta mais arcaica e é nisto que reside a especificidade da dependência humana.

Em resumo, tudo se expressa no encontro de um produto, com uma personalidade e um momento sócio-cultural (Olievenstein, 1990). Nesta relação, a substância, se não for usada, é absolutamente inócua ou passiva, sendo necessário o contexto e a acção voluntária de um sujeito curioso e desejoso de com ela interagir, para então o químico se transmutar. A substância que estava fora do metabolismo do sujeito, agora é ingerida e assimilada pelo organismo que, gradualmente, aprende a depender dela para se equilibrar. Ao colocar a questão desta forma, dilui-se o sentido de interno e externo, biológico e psicossocial. Para compreender a natureza das relações entre o sujeito, a substância e o meio, torna-se necessário recorrer a diferentes teorias sócio-cognitivas. Assim, pela sua importância, passaremos em revista vários modelos e teorias psicossociais, algumas directamente relacionadas com a problemática da dependência de nicotina (o modelo da regulação afectiva de Tomkins, o modelo da diátese-stresse de Hans Eysenck, a busca de sensações de Marvin Zuckerman, o modelo transteórico e a percepção de risco), outras apresentando um âmbito mais geral (a teoria da dissonância cognitiva, a teoria da aprendizagem social de Bandura e a teoria da acção racional e do comportamento planeado), mas de extrema relevância na compreensão dos factores psicossociais de risco associados ao tabagismo.

Modelo da regulação afectiva de Tomkins

Este modelo do comportamento tabágico, um dos primeiros e mais influentes, baseia-se na teoria dos processos afectivos, desenvolvida por Tomkins (1966). Os afectos são aqui entendidos como respostas que ajudam a condicionar o comportamento. Assim, qualquer conduta que promova afectos positivos ou a redução da afectividade negativa, é reforçada, apresentando maior probabilidade de ser repetida, ou seja, aprendida. Este seria, precisamente, o caso do tabagismo, o qual resultaria de uma resposta aprendida por associação a estados afectivos positivos e negativos. Sugere-se, assim, que as razões iniciais para começar a fumar, designadamente curiosidade, necessidade de conformidade às normas de um grupo, rebeldia, procura de estatuto ou

identificação com adultos fumadores, podem envolver, quer a afectividade positiva, quer a afectividade negativa. Por exemplo, fumar por curiosidade corresponde ao tipo de fumador por afecto positivo, uma vez que cigarro é usado para potenciar sensações agradáveis e de estimulação, ao passo que fumar por conformidade ao grupo implica um tabagismo marcado pelo afecto negativo, no qual o cigarro serve para lidar com a tensão e os sentimentos desagradáveis associados ao receio da rejeição. Estas polaridades afectivas estariam, portanto, presentes na génese e no desenvolvimento do comportamento tabágico, podendo manter-se o recurso a ambas ou passar gradualmente a predominar apenas uma delas (Ikard & Tomkins, 1973).

É com base neste processo de modulação afectiva que se distinguem dois tipos de fumadores, os fumadores por afecto positivo e os fumadores por afecto negativo. É, porém, frequente que a evolução do hábito tabágico culmine num padrão de pré-dependência ou dependência, o que constitui um terceiro tipo de fumador. Existe ainda um grupo importante de fumadores que é designado por fumador habitual (Ikard & Tomkins, 1973):

- **Fumadores por afecto positivo.** O fumador positivo, aprecia o efeito de estimulação (ex. aumentar o nível de alerta ou excitação), relaxação (ex. após uma refeição, durante uma conversa agradável ou celebração) ou os aspectos sensório-motores envolvidos no acto de fumar (ex. acender o cigarro, pegar nele ou ver o fumo sair). Este tipo de fumador apresenta maior auto-controlo, razão pela qual o tabagismo não constitui, neste caso, nem uma estratégia para lidar com as situações de tensão, nem uma procura de sedação pela nicotina. Segundo Tomkins (1966), são fumadores com maior facilidade em parar de fumar.
- **Fumador por afecto negativo.** A outra variedade de fumadores, por afecto negativo, recorre aos cigarros precisamente em busca do efeito sedativo da nicotina. Neste caso, o fumador utiliza o cigarro como parte de uma estratégia para lidar com os problemas, a tensão ou afectos de medo, vergonha e desgosto. O cigarro funciona como um opiáceo que atenua o desconforto provocado pelo confronto com fontes de tensão (Ikard, Green & Horn, 1969). Enquanto alguns destes fumadores recorrem ao cigarro como reacção a qualquer afecto negativo, outros fumam apenas em situações específicas, constituindo a intensidade do afecto uma variável relevante. Existem, assim, fumadores que tendem a fumar em contextos moderadamente negativos, mas que evitam esta

estratégia, quando lidam com situações emocionais extremas que exigem confrontação directa com o problema. Pelo contrário, outros fumadores lidam com os problemas mais simples, sem fumar, mas procuram sedação para as ocasiões mais graves (Tomkins, 1968 cit. in Gilbert, 1995).

- **Fumador dependente.** O padrão dependente de tabagismo resulta da transformação de um consumo por afecto negativo, em que fumar deixa de constituir apenas um meio para atingir a sedação, passando a conduta tabágica a constituir o objectivo mais importante. Neste processo, é comum identificar três sinais: (1) necessidade marcada de reduzir o afecto negativo, (2) forte desejo de cigarros e (3) mal-estar associado ao facto de não ter cigarros que aumenta e mascara o afecto negativo inicial. Assim, a atenção do fumador é desviada do estímulo stressante, para o incómodo provocado pela privação do cigarro. A alteração da relação entre meios e fins é um dos elemento essenciais no fumador dependente (Tomkins, 1966, Tomkins, 1968 cit. in Gilbert, 1995), bem como o facto destas pessoas fumarem simultaneamente em situações de afectividade positiva e negativa (Ikard, Green & Horn, 1969).
- **Fumador habitual.** O fumador habitual tem um grau mínimo de consciência em relação à sua dependência, sendo diminuto o reforço desempenhado pela afectividade. O fumador habitual pode ter começado a fumar por necessidade de lidar com afectos negativos ou pela intenção de aumentar a afectividade positiva, mas este reforço deixou de actuar, à medida que fumar se tornou num gesto mecânico. Neste sentido, o fumador habitual resulta do agravamento de um padrão dependente de tabagismo (Ikard & Tomkins, 1973).

O tabagismo por afecto positivo e, especialmente, por afecto negativo, resulta mais da expectativa do fumador, nomeadamente em relação à sua incapacidade para lidar com determinado problema e prováveis resultados, do que da situação concreta. Neste caso, fumar constitui essencialmente uma resposta por antecipação, mediada por mecanismos cognitivos e reacções emocionais intrínsecas de cada fumador. Por este motivo, o conhecimento das características pessoais do fumador é imprescindível para a compreensão da natureza, evolução e padrão de tabagismo, bem como para avaliar estratégias a utilizar num processo de desabituação tabágica. Deve salientar-se, que, quando já existe um padrão estabelecido de dependência, a conduta de fumar

torna-se relativamente autónoma das circunstâncias, evoluindo para formas automatizadas de consumo, como ocorre com o fumador habitual.

Modelo da diátese-stresse de Hans Eysenck

O modelo de Hans Eysenck (2000), atribui um papel importante aos factores ambientes, manifestados através da pressão dos pares e da influência do comportamento dos adultos, particularmente durante a iniciação do hábito de fumar. Seria, porém, a necessidade de compreender a prevalência e a manutenção do tabagismo que levaria ao modelo diátese-stresse. Aqui preconiza-se a interacção entre a genética, a fisiologia, a personalidade, as motivações, as emoções e as situações. Entende-se, assim, que as diferenças de personalidade, resultantes de predisposições genéticas (diátese), interagem com factores ambientais que, em conjunto, criam condições favoráveis para manter o acto de fumar. Os dois principais desencadeantes internos da motivação para fumar, seriam a sensação de aborrecimento e o stresse, funcionando a ingestão de nicotina como um agente de modificação destes estados cognitivo-emocionais. Eysenck atribuiria também um papel de relevo ao efeito psicoactivo da nicotina, ao considerá-lo como um elemento reforçador do comportamento tabágico.

Neste modelo, baseado aliás na teoria da personalidade de Eysenck (1967), o autor sugere uma distribuição do hábito tabágico, em função das características de extroversão e introversão da personalidade. Da relação entre tabagismo e personalidade, o autor excluiu a dimensão que designou de neuroticismo[47], por não encontrar qualquer associação consistente entre fumar e o traço neurótico. Relativamente às diferenças no hábito tabágico entre extrovertidos e introvertidos, elas dependem, em grande medida, do sistema nervoso autónomo, dos seus mecanismos simpáticos e parassimpáticos, bem como do nível de excitabilidade. Nos

[47] Habitualmente as pessoas com características extrovertidas são sociáveis, gostam de festas, têm muitos amigos, precisam de pessoas com quem falar, não apreciam ler ou estudar sozinhas, procuram ambientes estimulantes e excitantes, gostam de assumir riscos, tendem a ser mais impulsivos e explosivos, gostam de contar anedotas, têm sempre uma resposta pronta para dar, gostam de mudanças, são descontraídos e optimistas. Quando predomina a introversão, a pessoa é calma, pouco presente, introspectiva, é reservada e reticente, prefere a leitura ao convívio, tende a fazer planos, evita o impulso do momento, raramente se manifesta agressiva, não gosta de ambientes excitantes, prefere a ordem, é sério e tende a ser pessimista. O neuroticismo, por seu turno, é marcado por um limiar de excitabilidade mais baixo e maior duração das respostas emocionais, susceptibilidade e hiper-sensibilidade emocional, labilidade do humor, inquietação, ansiedade, rigidez e agressividade. De forma oposta, as pessoas com poucas características neuróticas são estáveis, calmas, descontraídas e dinâmicas (Eysenck, 2000).

neuróticos, por exemplo, o sistema nervoso autónomo caracteriza-se pela reactividade e excitabilidade, ou seja, pela facilidade de estimulação do córtex. Este funcionamento psicofisiológico, poderá dever-se à hiperactividade sub-cortical, particularmente do sistema activador reticular ascendente. Por outro lado, enquanto nos extrovertidos predominam os estímulos de inibição da actividade cortical e as ondas electrocerebrais alfa, nos introvertidos existe uma elevada excitabilidade cortical e menor frequência de ondas alfa (Eysenck, 2000).

Com base nestes pressupostos e partindo do princípio de que a nicotina possui efeitos psicoactivos, é esperado que os extrovertidos fumem mais cigarros que os introvertidos, devido à sua baixa excitabilidade cortical. É precisamente este baixo limiar que leva os extrovertidos a procurar maior exposição a níveis elevados de estimulação hedónica. Rae (1975), usando as medidas de Eysenck em estudantes britânicas do sexo feminino, replicou os mesmos resultados e, mais tarde, O'Connor (1982), recorrendo ao electroencefalograma para medir o nível de activação cortical, confirmou também esta hipótese. Curiosamente, num estudo descrito por Eysenck (2000), a extroversão também se associou positivamente ao nível de dependência nicotínica, aumentando à medida que se comparavam não fumadores, com fumadores leves, médios e pesados. Os ex-fumadores revelaram níveis intermédios de extroversão e uma carga tabágica leve ou média, ao passo que os fumadores de cachimbo eram os que apresentavam traços de maior introversão. Daqui decorre a tendência dos extrovertidos para consumir café ou álcool, bem como para manter relações sexuais antes do casamento e extra-maritais, para assumir riscos considerados desnecessários (Eysenck, 2000) e para voltar a fumar após uma fase de abstinência da nicotina (Shiffman, 1985). A este propósito importa notar que McCrae, Costa e Bossé (1978) criticam os resultados de Eysenck (2000), por não levarem em consideração o facto da extroversão e do hábito de fumar serem mais frequentes nos jovens.

Busca de sensações de Marvin Zuckerman

Os homens, bem como outras espécies, envolvem-se frequentemente em comportamentos que não estão directamente associados à satisfação das suas necessidades biológicas primárias, designadamente de alimentação, sexo, evitamento de dor e das ameaças ou manutenção da sobrevivência. Considerem-se, por exemplo,

as especiarias que condimentam um prato e que contêm pouco valor nutritivo ou a propensão de certas pessoas para se envolverem em actividades de risco, colocando em perigo a sua integridade (ex. condução perigosa, desportos radicais, jogo patológico). Em todos estes casos, nota-se uma peculiar necessidade para variar a estimulação sensorial, a qual é orientada pela curiosidade e pela busca de sensações. Na origem dos comportamentos de busca de sensações podem existir, quer estados de excitação psicofisiológica excessivamente baixos, em virtude da exposição a ambientes invariantes ou monótonos e que levam a pessoa à busca de estimulação mais intensa, quer situações de excessiva estimulação que conduzem a tentativas de redução do nível de excitação (Zuckerman, 1994).

Marvin Zuckerman (1994) define a busca de sensações, como um traço marcado pela *procura de variedade, novidade, complexidade e sensações ou experiências intensas, bem como pela disposição para aceitar riscos físicos, sociais, legais e financeiros com o propósito de alcançar tais experiências* (p. 27, tradução livre). Num estudo recente de Desrichard e Denarié (2005) que envolveu 201 jovens, os autores demonstraram existir diferenças no perfil psicológico entre as pessoas que assumem ocasionalmente riscos e as que os assumem frequentemente. Enquanto os primeiros, apresentam melhor ajustamento psicológico e social, os segundos revelam níveis menos satisfatórios de adaptação. Por seu turno, o traço geral definido pela busca de sensações, pode dividir-se em quatro componentes (Zuckerman, 1994): (1) procura de desafio e aventura, (2) procura de experiências, (3) desinibição e (4) susceptibilidade ao aborrecimento. Assim, cada pessoa tem o seu nível óptimo de estimulação e excitação (NOE) para actividades motoras, sensoriais, cognitivas ou de afectividade positiva. Este NOE depende de variáveis como:

- **Factores constitucionais.** Intensidade da reactividade (excitação) e estabilidade (inibição) dos processos do sistema nervoso central.
- **Idade e género.** A procura de sensações aumenta entre a infância e a adolescência, começando a declinar a partir deste período. Por outro lado, os homens tendem a apresentar NOE mais elevados do que as mulheres.
- **Experiências passadas.** Exposição prolongada a situações de sub ou sobre-estimulação podem fazer subir ou baixar os NOE e, por inerência, alterar a homeostase do sistema cortical ou do sistema autónomo de excitação.

- **Níveis recentes de estimulação.** Períodos curtos de sub ou sobre-estimulação mobilizam a pessoa para procurar ou evitar sensações, até que o nível geral de estimulação tenha voltado ao ponto óptimo.
- **Complexidade das tarefas.** Os NOE variam em função da complexidade das tarefas que a pessoa está a desempenhar. Nas tarefas que exigem atenção, cognição e discriminação perceptiva, os níveis de estimulação terão de ser mais baixos. Inversamente, em processos simples, rotineiros e repetitivos são necessários limiares de estimulação mais elevados.
- **Ciclos diurnos.** O ciclo diurno afecta momentaneamente os NOE. Nos períodos de maior vigília e excitação, a estimulação é dispensável, ao passo que nas fases mais baixas do ciclo, exceptuando o período de sono, é necessária estimulação adicional.

Uma das características importantes desta concepção, é a fundamentação biológica das diferenças humanas na busca de sensações. Recorrendo a vários tipos de investigações, Zuckerman procurou comprovar as bases genéticas da busca de sensações. Num estudo genético que recorreu a uma amostra composta por 442 pares de gémeos, concluiu-se que 58% do traço geral de busca de sensações tem uma natureza hereditária. Os restantes 42% da variância, dever-se-iam a influências ambientais específicas e não partilhadas ou a erros na avaliação do traço (Fulker, Eysenck & Zuckerman, 1980). Note-se que a herança biológica apenas se refere às estruturas biológicas codificadas no ácido desoxirribonucleico (AND) e não aos traços de personalidade organizados e actualizados pelo ambiente em manifestações do carácter. O que acontece é que os genes se constituem como estruturas químicas que controlam a produção e a regulação das proteínas. As proteínas, por sua vez, formam a estrutura das células, actuam como neurotransmissores e têm uma acção enzimática que determina as reacções químicas nas próprias células. A monoaminoxidase (MAO) é, precisamente, uma das enzimas que se relaciona com vários comportamentos, traços da personalidade e, segundo Zuckerman (1994), constitui um dos fundamentos biológicos da busca de sensações. Enquanto as concentrações sanguíneas elevadas de MAO estão negativamente associadas à busca de sensações, os níveis baixos de MAO são comuns em pessoas que buscam activamente sensações.

A investigação sobre as relações entre a busca de sensações e outras dimensões da personalidade, também revela afinidade com alguns dos conceitos e medidas de

Hans Eysenck. No caso dos extrovertidos, é habitual sentirem necessidade de um nível de excitação mais elevado do que aquele que o meio ambiente rotineiro proporciona. A busca de estimulação na extroversão (E), seria entendida por Eysenck como um dos componentes centrais deste traço, juntamente com a sociabilidade. Com a introdução da dimensão de psicoticismo (P), no modelo de Eysenck, as características de impulsividade deslocar-se-iam de E, para P, embora alguns tipos de impulsividade se correlacionassem mais com E do que com P (Zuckerman, 2005). No que se refere aos introvertidos, ocorre uma situação oposta à descrita para os extrovertidos, ou seja, os introvertidos encontram-se frequentemente mais próximos do seu NOE, o que faz com que tenham mais tendência para reduzir a exposição à estimulação. Este paralelismo entre os dois autores, além de corroborar as concepções avançadas por Eysenck (2000), confirmam, em boa parte, que o modelo diátese-stresse assentava já no pressuposto de um NOE.

Num dos seus livros, Zuckerman (1994) dedica um Capítulo ao tema - "Fumar, beber, drogas e comer" (*Smoking, drinking, drugs, and eating*), sugerindo existir uma "personalidade dependente", comum às diferentes formas de consumo e marcada pela busca de sensações e impulsividade. Pessoas com estas características de personalidade, tendem a usar diferentes tipos de substâncias, devido à sua curiosidade e necessidade de experiências novas. Enquanto numa fase inicial são as experiências intensas de prazer, excitação e desinibição (*peek experiences*) a suscitar o uso das substâncias, à medida que a tolerância e dependência se desenvolvem, a busca de sensações torna-se irrelevante. Como consequência, a procura de excitações positivas, cede gradualmente lugar à redução das emoções negativas provocadas pela síndroma de abstinência, num novo processo de gestão do NOE.

Especificamente em relação ao tabaco, muitas pessoas referem fumar durante a realização de tarefas complexas, a fim de aumentar o seu nível de alerta ou concentração. Outros, porém, fumam quando estão preocupados ou expostos a situações de stresse, procurando o efeito sedativo da nicotina. As diferenças na forma habitual de fumar, resultam, na realidade, de características da personalidade. Os introvertidos, por exemplo, tendem a fumar mais em situações que requerem concentração da atenção, ao passo que os extrovertidos fumam em ocasiões de aborrecimento ou contextos sociais em que é agradável aumentar o nível de estimulação (Zuckerman, 1994). Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, durante os anos setenta (Zuckerman et al., 1972), no qual se compararam

homens com níveis altos, médios e baixos em busca de sensações, verificou-se que 67%, 47% e 18%, respectivamente, eram fumadores. Uma década depois (Zuckerman, 1988), essa proporção havia baixado para menos de metade, com 20%, 12% e 9%, respectivamente, a fumar. Em qualquer dos estudos, porém, existem mais fumadores no grupo de pessoas com um traço mais marcado em busca de sensações, sendo cada vez mais difícil encontrar fumadores com baixo nível de busca de sensações. A comparação dos resultados destes dois estudos, coloca também em evidência que a educação para a saúde pode afectar a relação entre um comportamento de risco e uma dimensão da personalidade (Zuckerman, 1994).

Percepção de risco

Os vários estudos sobre a percepção de risco não se encontram perfeitamente integrados e conceptualizados em torno de um modelo ou teoria dominante. Por esta razão, ao abordar este tema podemos deslocar-nos num campo científico relativamente extenso, quer em termos teóricos, incluindo trabalhos sobre a percepção de risco (Slovic, 2000, 2001), o modelo das crenças de saúde (Becker, 1974; Cummings, Becker & Maile, 1980), a noção de propensão e personalidade de risco (Nicholson et al., s/d; Stewart & Rith, 2001) ou mesmo a busca de sensações (Zuckerman, 1994), quer em termos da investigação, a qual pode abarcar os processos de tomada de decisão, riscos tecnológicos, bioquímicos, nucleares, ambientais ou comportamentais. Apesar desta diversidade, a noção de risco define-se como uma dimensão intrinsecamente subjectiva, não existindo enquanto entidade independente da percepção ou da cultura, uma vez que resulta da acção conjunta de diversas variáveis. Começaremos, então, por nos centrar sobre o conjunto de pressupostos nos quais assenta o conceito de percepção de risco e, em seguida, nas razões que podem justificar um fumador continuar a fumar, apesar dos malefícios envolvidos:

- **Balanço óptimo.** De uma maneira geral, as pessoas procuram um balanço óptimo entre o nível de exposição ao risco e os benefícios recolhidos. Este equilíbrio pode ser alterado, quando a pessoa aceita voluntariamente tolerar doses mais elevadas de risco, na expectativa de recolher benefícios maiores. Naturalmente que o medo, a familiaridade, o controlo, o potencial catastrófico ou o nível de conhecimento, influem na dinâmica da relação entre o risco e os benefícios percebidos e a disposição para aceitar esse risco (Slovic, 2001).

- **Impacto das percepções.** A percepção de risco é influenciada indirectamente pela magnitude do impacto de vários acontecimentos adversos, designadamente pelo número de pessoas mortas, doentes, feridas ou lesadas no seu património. Este impacto secundário, depende da extensão com que os meios de comunicação social cobrem e divulgam os acontecimentos. Ocorre, assim, uma interacção entre factores psicológicos, sociais, culturais e políticos, no sentido de produzir um efeito estéreo de amplificação da informação, em dois sentidos: intensificação ou enfraquecimento dos sinais que compõem a informação sobre os riscos e filtragem da multiplicidade de informações relativas aos atributos ou importância dos riscos. O impacto destas percepções inclui, entre outros, os seguintes efeitos (Kasperson et al., 2000): (1) modificações duradouras nas percepções, imagens e atitudes, (2) impacto nos negócios, vendas e na actividade comercial, (3) pressão política e social, (4) convulsões sociais, (5) mudanças na monitorização e regulamentação do risco ou (6) repercussões sobre outras tecnologias e instituições sociais.
- **Variações geográficas na percepção de risco.** Existem várias discrepâncias na percepção de risco, designadamente quando são considerados diferentes grupos populacionais. Um estudo que comparou a percepção de risco em cidadãos americanos e húngaros (Engländer et al., 1986), por exemplo, revelou, não apenas que os primeiros percebiam mais riscos que os segundos, mas também que os húngaros reconheciam maior perigo em actividades comuns (ex. conduzir, andar de barco, apanhar cogumelos), ao passo que os americanos se preocupavam mais com riscos tecnológicos (ex. químicos e radiação).
- **O efeito do homem branco.** O género parece constituir um preditor importante da percepção de risco, notando-se uma tendência para os homens caucasianos avaliarem as situações como menos perigosas ou problemáticas, bem como para manifestarem menos preocupação em relação ao perigo. Curiosamente, quando se comparam homens e mulheres não caucasianas, as diferenças na percepção de risco deixam de ser significativas. Uma das explicações avançadas sugere que os homens caucasianos estão mais envolvidos na criação, gestão, controlo e usufruto das tecnologias e outras actividades consideradas perigosas (Slovic, 2000a).

- **Efeito do estigma.** Na sua etimologia grega, a palavra "estigma" refere-se à marca colocada sobre o indivíduo, para representar a infâmia ou a desgraça. A pessoa assim marcada, passava a representar um risco para a sociedade. Pela sua associação com o risco, o conceito de estigma tem sido aplicado às tecnologias, lugares e produtos percebidos como perigosos. Apesar deste modelo ter emergido com particular relevância na área dos riscos ecológicos e tecnológicos, hoje refere-se a qualquer actividade que deva ser evitada, não apenas pelo perigo que representa, mas também pelo seu poder de destruir uma condição positiva de salubridade. Quando nos referimos aos alvos principais da estigmatização social, temos de incluir os membros de grupos minoritários, homossexuais, pessoas dependentes de substâncias, com deficiência física ou doença mental (Gregory, Flynn & Slovic, 2000).
- **Efeito do afecto.** Apesar da percepção de risco ter sido inicialmente estudada do ponto de vista do processamento de informação, ao longo do tempo foi reconhecido o papel central da intuição, dos processos afectivos e das reacções emocionais, designadamente a evocação de medo. O recurso à avaliação emocional, positiva ("gosto") ou negativa ("não gosto"), constitui uma estratégia simples, rápida e eficiente de ajustamento ao meio ambiente. Assim, quando uma actividade é percebida como agradável, a pessoa tende a julgar os benefícios como altos e os seus riscos como baixos. Ao contrário, se a actividade é considerada desagradável, ocorre o oposto, ou seja, as vantagens são percebidas como menos significativas e aumenta a sensação de perigo (Finucane et al., 2000). Pegando no exemplo do tabagismo, os sentimentos positivos em relação aos cigarros, estão associados a uma baixa percepção de risco e fraca intenção de parar, bem como ao aumento da convicção de que deixar de fumar será fácil. As pessoas que optam por nunca fumar, por outro lado, desenvolvem, não apenas reacções negativas em relação ao tabaco, mas encaram a desabituação como uma tarefa difícil (Romer & Jamieson, 2001a).

De facto, a percepção de risco no tabagismo é importante para compreender os mecanismos psicológicos que levam os jovens a iniciar e a manter o hábito de fumar. Sabemos que actualmente qualquer adolescente reconhece que fumar prejudica a saúde (Slovic, 2000). Esta é, aliás, uma das mais significativas vitórias da saúde pública e do *marketing* em saúde, relativamente a um factor de risco e a um grupo de

interesses empresariais bem estabelecidos (USDHHS, 2000). Segundo Viscusi (1992), os jovens não são inocentemente aliciados a fumar, uma vez que conhecem os riscos associados ao hábito de fumar e, por esse motivo, as suas escolhas são informadas e racionais. Uma das críticas levantadas a este argumento, tem a ver com o próprio conceito de risco que, na realidade, não se restringe à probabilidade de ocorrência de uma condição adversa. A apreciação do risco inclui também a percepção da gravidade e da probabilidade de ocorrência dessas consequências adversas (Slovic, 2000b).

Parece, pois, fundamental saber até que ponto os adolescentes têm um conhecimento realista do que significa sofrer de cancro do pulmão, doença pulmonar ou outras condições tardias associadas ao hábito de fumar. Uma vez que as pessoas tendem a desenvolver avaliações enviesadas da realidade, designadamente através do optimismo, da racionalização, da negação ou da atenção e abstracção selectiva (Beck et al., 1993), é frequente ocorrer uma dissociação entre o significado geral do risco e a aceitação genuína de que o próprio se encontra na situação de perigo. No caso do enviesamento optimista, por exemplo, ele tende a ser mais forte quando os riscos são percebidos como controláveis pela acção pessoal, como acontece no tabagismo (McKenna, Warburton & Winwood, 1993). Neste sentido, a maioria dos adolescentes pensa conseguir deixar de fumar sem ajuda, sobrestimando o número de pessoas da sua idade que conseguiram parar por si próprias (Ellickson, Tucker & Klein, 2001). Por outro lado, se a um adolescente fumador for colocada a questão: "em 100 fumadores, quantos se encontram em risco de sofrer cancro de pulmão?" e, seguidamente, se perguntar qual o seu risco pessoal, será muito provável o jovem considerar-se menos exposto ao perigo de contrair cancro que os seus pares (Slovic, 2000).

Outro aspecto importante na percepção do risco de fumar, tem a ver com a natureza cumulativa do hábito de fumar. O fumador, na prática, consome um cigarro de cada vez e dificilmente terá uma consciência do que representam vinte cigarros por dia (cpd), ao longo de um ano (7300 cpd), dez anos (73.000 cpd), vinte anos (146.000 cpd) ou períodos mais prolongados. Por esta razão, o fumador tenderá a considerar que fumar o próximo cigarro coloca pouco ou nenhum risco, a julgar que fumar apenas durante alguns anos não oferece perigo real ou mesmo a subestimar o efeito aditivo da nicotina (op cit.). Neste sentido, os jovens desvalorizam o risco de fumar, muitas vezes considerando existir exagero no que é dito acerca do tabagismo (Romer & Jamieson, 2001a). Condizente com estes factos, um estudo prospectivo,

desenvolvido na Universidade de Michigan (cit. in USDHHS, 1994), concluiu que 81% dos estudantes que, no final do curso, fumavam entre meio a um maço de cigarros continuavam a fumar cinco anos mais tarde. Independentemente do número de cigarros fumados, estes jovens sobrestimavam a probabilidade de não fumar cinco anos após a conclusão do curso.

Parece, porém, existir uma associação entre a progressão da nicotino-dependência, entendida em termos dos anos de consumo e da carga tabágica, o aumento da percepção de risco e a diminuição do enviesamento optimista. Embora o aumento da percepção de risco em jovens entre os 14 e 22 anos de idade, não exerça um efeito dissuasivo na iniciação e manutenção do tabagismo, o mesmo não se passa com os adultos. Nestas faixas etárias, já se notam avanços na intenção de adopção de medidas preventivas, designadamente a tentativa de reduzir o número de cigarros fumados por dia (Romer & Jamieson, 2001a).

Modelo transteórico

O modelo transteórico (Connors, Donovan & DiClemente, 2001; Prochaska et al., 1994; Prochaska & DiClemente, 1982, 1983; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; 1983; Prochaska, Johnson & Lee, 1998), constitui um quadro de referência para compreender como é que as pessoas e as populações progridem em direcção à adopção e manutenção de mudanças ao nível dos comportamentos de saúde. Com este objectivo, o modelo integra os conceitos de "estádios", "processos" e "princípios" de mudança, provenientes de mais de trezentas teorias psicoterapêuticas, facto que aliás justifica o nome de "transteórico" (Prochaska, Johnson & Lee, 1998).

Desenvolvendo-se inicialmente a partir de estudos sobre os estádios e processos de mudança pessoal em fumadores (Prochaska & DiClemente, 1983), rapidamente o modelo alargou as suas aplicações a um conjunto de comportamentos na área da saúde. Além da cessação tabágica, os domínios de aplicação mais destacados incluem, a paragem do consumo de cocaína, o controlo de peso, os regimes alimentares ricos em calorias, os comportamentos de delinquência durante a adolescência, as práticas sexuais seguras, o uso de preservativo, a utilização de protectores solares, a exposição a gazes tóxicos, a aquisição de hábitos de exercício físico, a adesão a rastreios de mamografia e a colaboração dos fumadores em práticas preventivas (Prochaska et al., 1994).

O núcleo central do modelo transteórico é composto por cinco áreas de estudo inter-relacionadas: (1) fases ou estádios de mudança (motivação e constância da intenção de mudar), (2) processos de mudança (acontecimentos e estratégias que promovem a modificação da conduta), (3) balanço decisório (ponderação dos prós e contras de mudar), (4) percepção de auto-eficácia (nível de confiança na capacidade do próprio para enfrentar os desafios da mudança) e (5) confronto com as tentações (prevenção das recaídas e manutenção da mudança). Neste momento, cingimo-nos à descrição das fases, processos de mudança e balanço decisório:

- **Fases de mudança.** Existem seis estádios de mudança pessoal (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção, manutenção e terminação), através dos quais as pessoas evoluem sequencialmente. De uma forma geral, os estádios formam um padrão no qual as fases adjacentes se correlacionam melhor entre si, do que com os estádios mais avançados. É, porém, frequente ocorrerem progressos e retrocessos ao longo desse contínuo, bem como momentos de aceleração e desaceleração no ritmo de mudança.

  ***Pré-contemplação*.** Nesta fase, as pessoas não têm qualquer intenção de operar mudanças durante os próximos seis meses. A permanência neste estádio pode dever-se à falta de informação sobre as consequências nefastas do seu comportamento, a tentativas falhadas de mudança ou àquilo que DiClemente (1991) intitula de quatro R's (relutância, rebelião, resignação e racionalização)[48]. Neste sentido, é comum as pessoas evitarem ler, falar ou pensar acerca dos seus comportamentos de risco, o que torna estes fumadores particularmente resistentes e desmotivados face à mudança. Serão igualmente infrutíferas todas as tentativas de encaminhamento para programas de tratamento ou promoção da saúde (Prochaska, Johnson & Lee, 1998). Estima-se que entre 40% a 50% das pessoas em risco se encontrem nesta situação (Prochaska, 1994; Velicer et al., 1995).

[48] Na pré-contemplação, a relutância é evidente nas pessoas que não pretendem mudar, essencialmente por falta de informação ou inércia. A rebelião manifesta-se pelo forte interesse da pessoa em relação ao seu problema e em tomar as suas próprias decisões. Porém, nota-se uma dificuldade em operar mudanças efectivas, bem como resistência em aceitar sugestões de outras pessoas, comportamento hostil, insegurança e medo de mudar. Na resignação a marca mais evidente é a falta de energia e investimento. A pessoa sente-se impotente em relação ao seu problema, perdendo a sensação de controlo pessoal, o que implica abandonar o objectivo da mudança. Quando predomina a racionalização, a pessoa dispõe de um número interminável de argumentos enviesados que justificam o seu comportamento, rejeitando, consequentemente, qualquer mudança (DiClemente, 1991).

Contemplação. Neste estádio, os fumadores tencionam parar nos próximos seis meses. Apesar de nesta fase já se ter formado uma consciência acerca das vantagens de mudar, existe também uma clara percepção das dificuldades envolvidas. Esta ambivalência entre prós e contras pode manter-se por longos períodos, precipitando o fumador para uma situação de procrastinação ou contemplação crónica. Existe, por este motivo, incapacidade do fumador cumprir qualquer tipo de programa orientado para a acção (Prochaska, Johnson & Lee, 1998). Cerca de 40% dos fumadores estão em contemplação (Velicer et al., 1995).

Preparação. Este é o período em que existe a expectativa de mudar durante o próximo mês, a qual é frequentemente acompanhada por um plano de acção definido (ex. consultar um técnico de saúde, pertencer a um grupo de auto-ajuda, adquirir informação pertinente). Ao contrário das duas fases anteriores, os fumadores neste estádio devem ser abordados, no sentido de integrarem programas orientados para a acção (Prochaska, Johnson & Lee, 1998). Entre os fumadores, 20% encontra-se nesta fase (Velicer et al., 1995).

Acção. Nesta fase, as pessoas realizaram mudanças comportamentais efectivas ao longo dos últimos seis meses, designadamente baixando o teor nicotínico da marca de tabaco, a quantidade de cigarros fumados (pelo menos 30%), alterando o padrão de inalação (ex. número e profundidade das inalações) ou, de preferência, abandonando totalmente o consumo de tabaco (Prochaska, Johnson & Lee, 1998).

Manutenção. Durante este período, as pessoas estão essencialmente empenhadas em prevenir a recaída, após terem investido activamente num processo de mudança. A manutenção inicia-se, em termos dos critérios temporais, no primeiro semestre após a mudança ocorrer e prolonga-se durante os cinco anos seguintes (Prochaska, Johnson & Lee, 1998). Como se sabe, porém, a taxa de recaída nos fumadores é muito elevada, afectando 70% a 80% das pessoas, seguidas aos seis e doze meses, respectivamente (Fiore et al., 1994).

Terminação. É a fase em que a pessoa já não tem qualquer tentação de voltar a fumar, sentindo-se completamente confiante na sua capacidade para manter a abstinência. Independentemente das sensações de stresse,

depressão, ansiedade, irritação, aborrecimento ou solidão, não ocorre qualquer retrocesso em direcção ao hábito antigo ou na forma de lidar com as situações. Este critério pode ser considerado idealista ou difícil de obter, considerando que menos de 20% das pessoas em mudança atingem o objectivo de 0% de tentação e 100% de auto-eficácia (Prochaska, Johnson & Lee, 1998).

- **Processos de mudança.** Os processos de mudança envolvem actividades cobertas e descobertas, úteis na progressão ao longo das diversas fases de mudança. Estes processos podem auxiliar, quer as pessoas, quer os terapeutas, a atingir as alterações relevantes ao nível dos comportamentos de saúde. Na maioria das terapias e mudanças pessoais, apenas ocorrem dois ou três processos, embora o modelo transteórico identifique dez estratégias de natureza cognitiva, emocional ou comportamental (consciencialização, alívio por dramatização, reavaliação pessoal, reavaliação ambiental, libertação pessoal, libertação social, contra-condicionamento, controlo de estímulos, gestão do reforço e relações de ajuda):

  Consciencialização. Implica o aumento no nível de consciência sobre os motivos, consequências e possibilidades de tratamento do tabagismo. Algumas das intervenções nesta área, incluem educação para a saúde, dar informação à pessoa, confrontação, interpretação, biblioterapia, leituras pedagógicas guiadas e campanhas da comunicação social (Prochaska, Johnson & Lee, 1998).

  Alívio por dramatização. Consiste em vivenciar, expressar e dramatizar sentimentos perante problemas, com vista a diminuir a tensão emocional e promover a resolução de problemas pessoais. O psicodrama, a encenação (*role-playing*) ou os testemunhos pessoais são exemplos deste tipo de intervenções (op cit.).

  Reavaliação pessoal. Combina a avaliação cognitiva e afectiva da imagem pessoal, com e sem o hábito tabágico. Técnicas válidas incluem a clarificação de valores e a desmistificação de falsas crenças, o recurso a modelos saudáveis ou as técnicas imaginação (op cit.).

  Reavaliação ambiental. Aqui a avaliação refere-se ao impacto do hábito tabágico sobre o meio envolvente próximo, bem como a

consciencialização de que a pessoa pode servir como um modelo positivo ou negativo para os outros. O apelo à empatia (ex. "já pensou na alegria da sua mulher quando conseguir deixar de fumar?"), os documentários e as intervenções familiares podem ser relevantes (op cit.).

Libertação pessoal. Consiste em acreditar na capacidade pessoal para deixar de fumar e no compromisso de actuar nesse sentido. Podem revelar-se úteis as decisões a iniciar a partir do novo ano ou outras datas significativas, bem como compromissos públicos (ex. dizer a familiares, amigos, ao chefe e a outras pessoas que se vai deixar de fumar).

Libertação social. Envolve o aumento das alternativas e oportunidades sociais de mudança, o que se torna particularmente relevante em grupos sociais desfavorecidos ou minoritários. A defesa dos direitos (*advocacy*) e potenciação de recursos comunitários (*empowerment*) são estratégias recomendadas, podendo traduzir-se na constituição de grupos de opinião e promoção de direitos, grupos desportivos e recreativos, criação de zonas livres de fumo ou facilitação do acesso a programas de desabituação tabágica (op cit.).

Contra-condicionamento. Implica aprender comportamentos saudáveis, capazes de substituir o hábito de fumar. A relaxação pode contrariar o stresse, a assertividade pode opor-se à pressão dos pares, as terapêuticas de substituição nicotínica podem fornecer a nicotina libertada pelos cigarros e várias ensaios comportamentais podem compensar o gesto de fumar (op cit.).

Controlo de estímulos. Consiste em evitar, limitar e eliminar as pistas ou estímulos ambientais que desencadeiam o desejo de fumar. São abordagens frequentes, o evitamento de situações de risco, a reorganização dos espaços e os grupos de apoio para prevenção da recaída (op cit.).

Gestão do reforço. Envolve definir as consequências de tomar acções em determinada direcção. Apesar de se poder incluir o uso de punições, sabe-se que a recompensa é muito mais eficaz nas pessoas que tomam a iniciativa de mudar. Algumas destas técnicas envolvem contratos de contingência, reforço directo e indirecto pelos progressos alcançados, declarações pessoais positivas ou reconhecimento do grupo (op cit.).

Relações de ajuda. Trata-se de estabelecer relações de apoio, confiança e aceitação com pessoas significativas, designadamente através da aliança terapêutica, apoio familiar e auto-ajuda entre pares (op cit.).

- **Balanço decisório.** A noção de balanço decisório (Prochaska et al., 1994), assenta no princípio de que as tomadas de decisão envolvem sempre uma ponderação activa entre prós e contras que evoluem ao longo do tempo. Enquanto na fase de pré-contemplação, os prós de fumar ultrapassam largamente os contras, na fase de contemplação, prós e contras apresentam pesos semelhantes, desencadeando intensa ambivalência. Por este motivo, é importante clarificar as motivações em conflito e ponderar o peso relativo de cada parte, o que se pode tornar crucial na tomada de decisão (Miller & Rollnick, 2002). Ao deslocar-se para as fases seguintes, de preparação e acção, esta relação inverte-se, com predomínio dos contras o tabagismo e uma minoria de argumentos a favor. Daqui resulta que, para passar da fase de pré-contemplação para a fase de contemplação, é necessário aumentar a percepção das vantagens relacionadas com a mudança. Por seu turno, a passagem do estádio de contemplação para a acção depende da diminuição das desvantagens associadas à mudança e, portanto, do aumento dos argumentos contra o tabagismo (Prochaska et al., 1994). Assim, a facilitação da acção e o planeamento das intervenções, deve basear-se numa avaliação prévia da fase de mudança, com vista a optar ou por uma estratégia de reforço das vantagens da cessação, ou por uma atenuação das barreiras/dificuldades dessa mudança e desmistificação de falsas crenças. A noção de balanço decisório chama também a atenção para a desadequação das intervenções orientadas unicamente para a acção (i.e. cessação tabágica), parecendo preferível as estratégias mais alargadas e pró-activas de identificação, encaminhamento e motivação de fumadores (Prochaska, Johnson & Lee, 1998). Neste sentido, as medidas para avaliação do balanço decisório podem ajudar a predizer quais as pessoas com maior probabilidade para deixar de fumar (Prochaska et al., 1985), de beber (Cunningham et al., 1997) ou de adoptar outros comportamentos preventivos.

Teoria da dissonância cognitiva

Entre os anos de 1940 e 1960, as investigações sobre a consistência cognitiva iriam florescer, num esforço para compreender as tarefas de processamento que envolviam múltiplas variáveis (Simon, Snow & Read, 2004). Seria, porém, a teoria da dissonância cognitiva de Leon Festinger (1975), divulgada pela primeira vez em 1957, aquela que se viria a tornar mais célebre. Desde o seu aparecimento que gerou ao seu redor uma grande quantidade de controvérsias e revisões. A sua natureza geral e abstracta poderá estar na origem desta situação, embora, simultaneamente, essa característica tenha estimulado a investigação e a aplicação da teoria a diversos contextos que envolvem mudança de atitudes (Harmon-Jones & Mills, 1999). Cerca de cinquenta anos depois, continuam a surgir refinamentos da teoria inicial, de que é exemplo a teoria da auto-consistência, de Aronson (1992), a teoria do *new look*, de Cooper e Fazio (1984) ou a teoria da auto-afirmação, de Steele, Spencer e Lynch (1993).

Na sua formulação original, Festinger (1975) postulava que os pares de cognições podem ser relevantes ou irrelevantes entre si. Quando as duas cognições são relevantes, elas podem revelar-se consonantes ou dissonantes. As cognições são consonantes quando uma decorre da outra e tornam-se dissonantes ao entrarem em oposição. A dissonância cognitiva, por seu turno, provoca duas reacções (Festinger, 1975):

> "1. A existência de dissonância, ao ser psicologicamente incómoda, motivará a pessoa a tentar reduzi-la e a realizar consonância.
> 2. Quando a dissonância está presente, a pessoa, além de procurar reduzi-la, evitará activamente situações e informações susceptíveis de aumentar a dissonância" (p. 12, tradução livre).

Neste sentido, a dissonância actua da mesma forma que um impulso, necessidade ou tensão, levando a pessoa a agir, à semelhança do que ocorre quando a pessoa com fome procura saciar-se (op cit.). De forma inversa, a resistência a mudar um elemento cognitivo dependerá, por um lado, da extensão de dor ou perda, por outro, da satisfação obtida através dessa mudança. Um dos exemplos a que Festinger (1975) recorre, envolve a situação dissonante do fumador que, apesar de conhecer os malefícios do tabagismo, continua a fumar. Nesta circunstância, ele poderá simplesmente mudar o seu comportamento e parar de fumar, colocando-se em consonância com o seu conhecimento. Em alternativa, também é possível mudar o que pensa em relação aos efeitos do tabaco, passando, quer a acreditar que fumar não

representa uma ameaça à saúde (eliminação das cognições dissonantes), quer a valorizar o carácter hedónico do seu gesto, ao ponto de os aspectos nocivos se tornarem desprezíveis (adicionar cognições consonantes). Poderá ainda procurar factos e opiniões que corroborem o ponto de vista de que fumar não é pernicioso, expondo-se selectivamente à informação. Em qualquer dos casos, porém, a pessoa sentirá a dificuldade inerente à mudança do comportamento ou do conhecimento.

Como se torna aqui evidente, qualquer das atitudes que o fumador resolver tomar, desencadeará sentimentos internos de tensão. Esta dissonância ou arrependimento pós-decisional é tanto mais intenso quanto (1) maior for a importância atribuída ao assunto, (2) mais tempo demorar a decisão e (3) mais difícil for reverter a decisão, após a sua tomada (Griffin, 1977). Na realidade, a mudança humana envolve um equilíbrio dinâmico, no qual forças de mudança se misturam com resistências e forças de estabilização. Este limite para a velocidade da transformação dos processos humanos centrais (ex. experiência pessoal, *self*, auto-controlo) constitui, simultaneamente, um sistema para auto-protecção da integridade psicológica e do sentido de coerência. Não é, portanto, por casualidade que as mudanças significativas ocorrem de forma ambivalente e gradual (Mahoney, 1991).

A teoria da dissonância cognitiva apresenta também desenvolvimentos relevantes quanto ao papel desempenhado pela exposição à informação e à comunicação interpessoal. Tipicamente, as pessoas procuram informações que são consonantes com as suas acções. É raro, contudo, uma pessoa controlar ou prever o que irá acontecer no seu meio ambiente, de modo a proteger-se de qualquer discrepância e correspondente desconforto. Assim, na medida em que as pessoas significativas não compartilharem da sua opinião, gera-se uma fonte potencial de dissonância (Festinger, 1975). Esta diferença de atitude, opinião ou cognição, impulsionará os membros do grupo a comunicar entre si, na tentativa de restabelecer uma realidade social em que subsista o consenso. A pressão será tanto maior, quanto mais coeso for o grupo e, inversamente, a força em direcção à comunicação irá diminuir à medida que a pessoa deixar de ser desejada como membro do grupo (Rodrigues, 1988).

Aplicando estas premissas aos processos grupais em que os adolescentes estabelecem as suas regras, valores e consequentes atitudes, podemos compreender que importância as forças de pressão poderão ter no estabelecimento dos diversos estilos de vida e comportamentos, designadamente o tabágico. Sabemos que, nesta

faixa etária, a identidade se consolida, num movimento de aproximação ao outro, para assimilar as suas qualidades, simultaneamente no contraste e no afirmar-se a si próprio (Matos, 2002). Neste vaivém, as necessidades de aceitação e afirmação estarão no seu auge e o adolescente estará disposto a arriscar e a ultrapassar alguns limites, especialmente se eles forem valorizados pelo seu grupo social de referência. Assim, entre a normatividade e a baixa popularidade ou o arrojo e a visibilidade em relação aos seus pares, o jovem terá de estabelecer compromissos sociais para manter a consonância. Fumar poderá constituir uma solução na qual se equilibra, por um lado, a necessidade de aquiescência em relação à pressão, por outro lado, a assunção de um papel que as tabaqueiras associaram ao estilo, à moda, à maturidade ou ao prazer. Considerando os pressupostos da teoria da dissonância cognitiva, em alguns grupos sociais poderá tornar-se mais fácil optar por fumar do que o inverso.

Teoria da aprendizagem social de Bandura

Os primeiros trabalhos de Albert Bandura (1977) sobre a aprendizagem social, resultaram de uma reacção contra duas teorias dominantes. Uma das teorias, a psicanálise, apresentava o homem como um ser determinado por motivações internas, autónomas das influências externas. A outra teoria, o comportamentalismo radical, apresenta a conduta como o resultado mecânico de várias forças ambientais. Neste caso, o *self* era concebido como um repositório passivo ou um epifenómeno, destituído de competências, de reflexão, de reacção, de criação ou de intencionalidade cognitiva (Bandura, 1989). A partir da segunda metade do século XX, um conjunto de teóricos sócio-cognitivos começou a interessar-se pelas interacções recíprocas entre os comportamentos, os estímulos internos (biologia, cognições, representações simbólicas de acontecimentos passados ou presentes, processos de auto-regulação do comportamento, afectos) e os estímulos externos (Bandura, 1989, 1997). É com base neste modelo triádico que a teoria da aprendizagem social começa a desenvolver-se. Ao demarcar-se da noção de condicionamento operante, Bandura sugere uma nova noção de reforço, entendendo-o como uma fonte de informação consciente que ajuda a antecipar comportamentos e situações sociais (Hall, Lindzey & Campbell, 2000). Segundo Bandura (1977), o reforço, ou melhor a regulação, constitui uma operação informativa ou motivacional e não um agente mecânico de modificação da resposta humana. Particularmente na situação de aprendizagem por modelagem, o reforço

exerce uma influência antecedente e não consequente, ou seja, a visualização de um modelo é, por si só, um incentivo para que a pessoa mobilize a sua atenção e, posteriormente, ensaie o comportamento observado.

Partindo destas premissas, a aprendizagem humana não depende tanto do reforço directo, mas essencialmente de mecanismos simbólicos de regulação pessoal, designadamente do auto-reforço e do reforço indirecto ou vicariante. No caso do auto-reforço, a pessoa compara o seu comportamento com padrões internos, num processo de auto-avaliação, auto-direcção e auto-reforço ou punição. Deste modo, quando o comportamento está nivelado ou acima dos seus padrões, surgem sentimentos de satisfação e orgulho, ao passo que na situação inversa, sobrevém a sensação de culpa, vergonha e insatisfação por violar os requisitos internos. Em relação ao reforço indirecto, aquilo que ocorre é uma aprendizagem pela exposição às consequências (positivas ou negativas) do comportamento dos pares, situação que confere à pessoa a capacidade de antecipar reforços no caso de reproduzir tais acções. As interacções observadas podem, assim, ter uma influência semelhante àquela que é produzida pela aprendizagem por experiência directa. A modelação ou aprendizagem por observação, por seu turno, é mediada por quatro processos interdependentes: (1) atenção, (2) retenção, (3) produção e (4) motivação (Bandura, 1977):

- **Processos de atenção.** Como em qualquer contexto de aprendizagem, é necessário prestar atenção aos aspectos significativos do comportamento a interiorizar. A capacidade de manter a atenção resulta das características daquilo que está a ser apreendido (simplicidade e utilidade), do modelo a observar (visualização directa ou indirecta do modelo, atracção pelo modelo, competência, repetição) e das características do observador (interesse, conhecimentos, orientação actual).
- **Processos de retenção.** A probabilidade de reproduzir comportamentos depende da capacidade de codificação simbólica e posterior retenção. O treino e a organização dessa informação pode melhorar o nível de desempenho mnésico.
- **Processos de produção.** Apesar da observação constituir um momento importante de aprendizagem, o desempenho comportamental está associado a outras competências, designadamente cognitivas e motoras, bem como ao treino e ao *feedback*.

- **Processos de motivação.** Como as pessoas não encenam todas as aprendizagens, torna-se útil distinguir entre aquisição (retenção) e desempenho (produção). Na realidade, apenas serão executados os comportamentos que receberem maior incentivo (directo, auto-reforço ou indirecto), os quais, por esse motivo, se consideram mais benéficos.

Num outro desenvolvimento teórico, Bandura (1977, 1977a) entra novamente em ruptura com a perspectiva dominante, ao rejeitar a ideia de que os estímulos aversivos criam um impulso ansioso que motiva comportamentos defensivos. Tradicionalmente, os comportamentos defensivos eram encarados como estratégias para reduzir a ansiedade desencadeada pelo estímulo aversivo que, por seu turno, reforçavam o evitamento. Assim, para eliminar o comportamento defensivo, a intervenção terapêutica deveria erradicar o desencadeante da ansiedade. Na perspectiva de Bandura (1977), contudo, o que cria a ansiedade e o comportamento defensivo, seria a expectativa de ser lesado e de não conseguir lidar com a situação aversiva. Concomitantemente, a acção psicoterapêutica teria de promover o sentido de competência para enfrentar a dificuldade, através do esforço pessoal. Até que esta capacidade esteja suficientemente desenvolvida, as ameaças continuarão a provocar alta reactividade emocional e várias manobras defensivas.

Assim, em estreita articulação com a teoria da aprendizagem social, Bandura (1977, 1977a, 1989) daria um destaque especial à faculdade humana que designou por auto-eficácia, ou seja, a percepção da capacidade pessoal para exercer controlo sobre os acontecimentos que afectam a vida. Este atributo humano resulta da articulação entre subsistemas de natureza cognitiva (ex. previsão e antecipação de cenários, focalização e planeamento de objectivos, visualização de ganhos), afectiva (ex. resistência à depressão e ansiedade, baixa percepção de ameaça e reactividade emocional ou psicofisiológica), motivacional (ex. perseverança, optimismo, resistência à dúvida e à rejeição, capacidade de tolerar retrocessos) e selectiva (ex. capacidade de seleccionar e construir ambientes favoráveis, de exercer o poder de escolha). Aquilo que está em causa na auto-eficácia, são as expectativas que a pessoa desenvolve acerca do seu poder para controlar os acontecimentos que afectam a sua vida, com vista a alcançar resultados benéficos. Neste sentido, as expectativas de resultado afectam globalmente as pessoas, condicionando a sua forma de agir, a

maneira de pensar, o que sentem, aquilo que as motiva ou o seu comportamento (Bandura, 1997).

Nas expectativas de auto-eficácia, importa, pois, distinguir dois componentes: as expectativas de resultado, relativamente às quais a pessoa reconhece que uma acção conduz a um resultado (ex. "se parar de fumar vou melhorar a minha saúde") e as expectativas de eficácia que envolvem a convicção de ser capaz de alcançar os resultados desejados. A este nível, devemos separar a noção de auto-eficácia geral (ex. "geralmente sou capaz de atingir os meus objectivos") e a de auto-eficácia específica (ex. "sou capaz de parar de fumar"). As expectativas de auto-eficácia, de facto, variam substancialmente em diferentes domínios do comportamento. Por exemplo, a percepção de auto-eficácia para controlar o peso, apresenta uma relação fraca (r = 0,21) com a percepção de auto-eficácia para controlar o hábito de fumar (DiClemente, 1986). É igualmente importante não sobrepor o conceito de auto-eficácia às noções de auto-conceito e de auto-estima. Enquanto o auto-conceito se refere à forma como o próprio se vê, quer como resultado das suas experiências, quer por influência das atribuições efectuadas por outras pessoas significativas, a auto-estima centra-se na percepção sobre o valor, o préstimo ou o amor próprio (Bandura, 1997).

Alguns dos estudos que relacionam as expectativas de auto-eficácia, com o tabagismo, sugerem que, quanto mais elevado for o nível de auto-eficácia, maior a probabilidade do fumador procurar tratamento para a desabituação tabágica. Neste sentido, podemos supor que a crença sobre a capacidade para regular o comportamento, também poderá exercer um papel relevante na adopção de outras medidas protectoras da saúde. De maneira inversa, a percepção de ineficácia pessoal e de barreiras é habitual em fumadores ou pessoas obesas que acabam por se resignar perante as dificuldades, desistindo, em muitos casos, antes de efectuar qualquer tentativa de mudança (Brod & Hall, 1984). Num estudo longitudinal no qual foram seguidos fumadores com forte dependência de nicotina, verificou-se que a taxa de sucesso foi mais alta nas pessoas que revelavam um sentido de auto-eficácia elevado, em comparação com os fumadores que recaíram (Carey & Carey, 1993). No mesmo sentido, um estudo preliminar de DiClemente (1981), revelou que as diferenças na auto-eficácia, relatadas no início do tratamento, se relacionavam com a manutenção da abstinência cinco meses após a data de cessação. No essencial, o valor preditivo da auto-eficácia tem sido corroborado, quer ao nível da cessação tabágica (DiClemente,

Prochaska & Gibertini, 1985), quer da recaída (Baer, Holt & Lichtenstein, 1986). Nesta última investigação, porém, os autores sugerem que as medidas gerais para avaliar a auto-eficácia, não permitem predizer com rigor a probabilidade dos ex-fumadores recaírem em situações específicas. Este dado, aliás, é congruente com a noção de auto-eficácia geral e auto-eficácia específica, proposta por Bandura (1997).

Teoria da acção racional e do comportamento planeado

A teoria da acção racional (TAR) foi inicialmente desenvolvida por Martin Fishbein (1967), no âmbito de um projecto de investigação começado nos anos cinquenta. Durante a década de setenta, a teoria foi revista, aumentada e testada, com o apoio de Icek Ajzen. Ao longo da década de oitenta, desenvolveram-se várias aplicações (Ajzen & Fishbein, 1980) e, no intuito de colmatar algumas limitações identificadas pelos autores, foi acrescentada a teoria do comportamento planeado (TCP). A TAR/TCP surgiu no campo da Psicologia Social, com o objectivo de clarificar as relações entre "atitudes"[49] e "condutas". Nessa época, os modelos sobre as atitudes passavam, precisamente, por uma fase crítica, ao verificar-se que as pessoas frequentemente agiam em desacordo com as suas atitudes.

É neste contexto que se enquadram os contributos de Fishbein e Ajzen. Por um lado, eles vêm realçar a necessidade de desenvolver medidas para avaliar atitudes específicas, em vez de se usarem testes ou questionários para medição das atitudes em geral. Por outro lado, apresentam um número reduzido de conceitos, com a potencialidade de predizer comportamentos humanos em vários domínios (Ajzen & Fishbein, 1980). Nesta área, era mais habitual os investigadores sociais assumirem que os vários comportamentos (ex. sexuais, intenções de voto, preferências de consumo) tinham por base diferentes desencadeantes. Deve notar-se que, apesar dos autores reconhecerem a importância que os traços de personalidade ou as características sócio-demográficas podem desempenhar na adopção de comportamentos, eles não exercem uma influência determinante. Deste modo, não existirá uma relação inevitável e constante entre estas variáveis e a conduta.

[49] Os constructos sobre as atitudes continuam a ser um dos principais focos de interesse das teorias e investigações em ciências sociais. Existe um acordo generalizado em considerar que a atitude resulta de uma disposição para avaliar sumariamente um objecto psicológico, o qual é captado em termos de atributos bipolares como bom-mau, benéfico-prejudicial, agradável-desagradável, gostar-desgostar (Ajzen, 2001).

De uma maneira geral, a TAR baseia-se na assunção de que os Homens são seres racionais que usam sistematicamente as informações ao seu alcance para avaliar as implicações dos seus comportamentos. Esta característica exclui a possibilidade de o comportamento social ser controlado por motivações ou desejos inconscientes. Partindo do princípio de que a maioria das actividades sociais relevantes se encontram sob controlo voluntário, aquilo que se torna determinante na predição dos comportamentos é a intenção de realizar (ou não) certa acção. Embora não exista sempre uma correspondência exacta entre a intenção e o comportamento, o mais provável é a pessoa agir de acordo com as suas intenções. A intenção, por seu turno, resulta de dois determinantes, um de natureza pessoal e o outro reflectindo a influência social (Ajzen & Fishbein, 1980):

- **Atitude em relação ao comportamento.** Refere-se ao julgamento (positivo ou negativo) que a pessoa faz relativamente à possibilidade de vir a ter um determinado comportamento (ex. "posso começar a fumar e quando quiser paro" *vs.* "fumar é perigoso").
- **Norma subjectiva.** Define-se pela percepção subjectiva que a pessoa tem acerca da pressão social sobre ela exercida, no sentido de praticar uma acção (ex. "a maior parte dos meus amigos fumam" *vs.* "fumar está fora de moda").

É previsível que a pessoa tenha intenção de adoptar um comportamento, quando o avaliar de forma positiva e considerar que as pessoas significativas o valorizam. A dificuldade de predição, contudo, surgirá nas situações em que os determinantes atitudinais e normativos deixarem de ser congruentes entre si. Nesta situação, será necessário avaliar o peso relativo de cada uma das dimensões. Segundo a TAR (Ajzen & Fishbein, 1980), em algumas intenções as considerações relacionadas com a atitude revelam-se mais importantes, ao passo que, em outros casos, serão as normas a determinar a acção. Imaginemos dois fumadores com atitudes positivas em relação ao tabagismo, mas que estão sujeitos a pressões sociais para não fumar. A certa altura, o primeiro fumador tenciona parar, ao passo que o segundo não. Enquanto a norma terá determinado a intenção da primeira pessoa, a componente atitudinal terá prevalecido na segunda.

Num aprofundamento adicional, a TAR (Ajzen & Fishbein, 1980) procurou explicar por que razão as pessoas adoptam determinadas atitudes e normas subjectivas. No que diz respeito às atitudes, elas parecem depender das *crenças*

comportamentais, ou seja, até que ponto as pessoas consideram que os seus comportamentos trarão consequências positivas ou negativas. Em função dessas crenças, elas desenvolverão atitudes favoráveis ou desfavoráveis sobre as acções em questão. Por exemplo, um fumador que considere que os seus filhos ficariam contentes se ele parasse de fumar, tenderá a avaliar positivamente essa possibilidade. Neste sentido, a intenção de parar é influenciada pela antecipação de consequências positivas para a saúde e pela convicção de ter o apoio de outras pessoas (Ellickson, Tucker & Klein, 2001). Inversamente, se o fumador achar que para os filhos não é importante ele deixar de fumar, então a crença comportamental será negativa e a intenção de agir baixa. Quanto às normas subjectivas, elas dependem de *crenças normativas*, ou seja, de como a pessoa valoriza o que os outros pensam acerca dos seus comportamentos. Se um jovem julgar que a maioria das pessoas significativas (ex. avós, pais, irmãos, namorada, amigos) reprovaria o facto de ele fumar, esta crença irá exercer uma pressão subjectiva para evitar esse comportamento. No sentido contrário, se o não fumar for uma norma pouco valorizada, então a probabilidade de se tornar fumador poderá aumentar.

A determinada altura, constatou-se que a TAR mostrava limitações na sua aplicação aos comportamentos que não se encontravam completamente sob controlo da volição. A TCP (Ajzen, 1985) resultou, então, de um prolongamento teórico assente no pressuposto de que os comportamentos se podem situar num contínuo que se estende desde o controlo total, à completa ausência de controlo. No extremo do controlo, não existem constrangimentos de qualquer espécie, ao passo que, na situação oposta, a adopção do comportamento depende de oportunidades, designadamente de recursos e competências. Assim, a noção de controlo passou a incluir factores internos (ex. competências, informação, emoções) e externos (ex. situação, ambiente, recursos sociais).

Neste contexto, a TCP introduz um terceiro determinante da intenção comportamental, designado por *percepção do controlo comportamental*. Este determinante leva em consideração a avaliação do nível de dificuldade em adoptar um comportamento (crenças de controlo), bem como a capacidade pessoal para desenvolver essa acção (percepção de poder). Se a pessoa tiver a convicção de existirem factores ao seu alcance que facilitarão a adopção de um comportamento, então a percepção de controlo sobre a acção será elevada. Esta percepção, é influenciada por experiências passadas, pelas expectativas em relação à situação e

pelas normas subjectivas vigentes (Madden, Ellen & Ajzen, 1992). Voltando ao exemplo anterior, se um fumador puder recorrer com facilidade a ajuda técnica para deixar de fumar e estiver motivado para parar, a percepção de controlo comportamental será elevada, bem como a intenção de agir.

À luz da TAR/TCP é curioso reflectir sobre o impacto do primeiro Relatório produzido pelo *Surgeon General* (USDHEW, 1964). A sua publicação marcaria o início de uma revolução nas atitudes e comportamentos em relação ao tabaco, embora estas mudanças não ocorressem de uma forma repentina. Por que motivo, então, as pessoas não pararam imediatamente de fumar, ao conhecer os malefícios do tabaco? Além da dependência física, existem outras circunstâncias importantes. O resultado do conflito, entre as normas culturais vigentes (ex. alta prevalência do tabagismo, *marketing* das tabaqueiras, difusão de imagens de fumadores nos *mass media*) e os factos científicos (associação entre o tabagismo e a doença), depende, não apenas da maneira como esta informação é divulgada e das reacções de contra-informação, mas também dos processos típicos de difusão das inovações que, segundo a teoria de Rogers (1995), descrevem um trajecto em forma de S[50]. Daí a existência de um hiato temporal significativo que mediou entre a divulgação da informação e a mudança real nas normas subjectivas. Contudo, a partir do momento em que o tabagismo deixou de ser aceite como absolutamente normativo, o grupo minoritário de fumadores tornou-se vulnerável às avaliações sociais negativas e à reinterpretação social do hábito de fumar (USDHHS, 2000).

[50] Segundo Everett Rogers (1995), a adopção de uma inovação segue habitualmente uma distribuição normal que pode ser representada por uma forma em S. No início do S, temos uma minoria de inovadores a adoptar o comportamento (±2,5%), seguido de uma fase em que os aderentes precoces (±13,5%) e a maioria precoce (±34%) toma a sua decisão de mudança e, finalmente, ocorre a adesão da maioria tardia (±34%) e dos retardatários (±16%). Se numa primeira fase, o ritmo de mudança é lento (minoria de inovadores), num segundo período nota-se uma aceleração (aderentes precoces e maioria precoce), seguida de uma desaceleração marcada (maioria tardia), até atingir novamente um ritmo lento (retardatários).

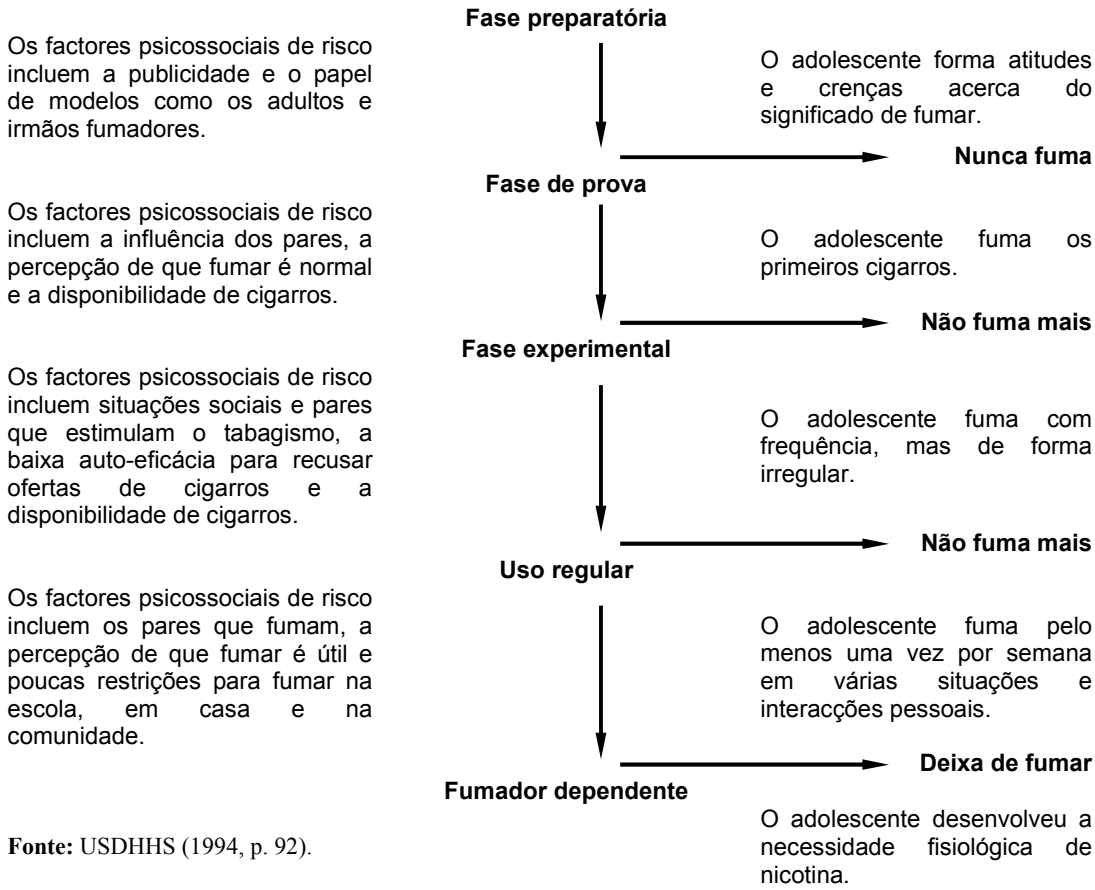
3. Preditores psicossociais de tabagismo

3.1. Preditores associados ao início e consolidação do consumo

Embora a prevalência de hábitos tabágicos entre os adultos norte-americanos tenha diminuído nos últimos anos, notou-se durante a década de noventa, um aumento da taxa de adolescentes fumadores. A gravidade deste problema de saúde pública tem levado as autoridades a desenvolver programas de educação para a saúde, no intuito de diminuir o número de jovens que iniciam o consumo de produtos do tabaco (USDHHS, 1994), uma vez que entre um terço e metade dos adolescentes que experimentam o tabaco, se tornam fumadores durante a idade adulta (McNeil, 1991). Uma das questões que se tem colocado a propósito do estabelecimento dos hábitos tabágicos, é a de saber por que razão algumas pessoas desenvolvem um nível elevado de dependência da nicotina, enquanto outras apenas manifestam um padrão ocasional de consumo ou, em muitos casos, nem sequer chegam a interessar-se pelo tabaco. Uma explicação habitual aponta para a interacção entre factores ambientais e hereditários. Segundo esta hipótese, a exposição regular ao efeito da nicotina produz respostas de neuroadaptação, de tolerância e de escalada dos comportamentos de auto-administração (Groman & Fagerström, 2003; Pomerleau et al., 1993). Neste processo, enquanto algumas pessoas apresentam uma hipersensibilidade inata à nicotina, reagindo de forma aversiva aos contactos iniciais com o tabaco, outras pessoas, com menor sensibilidade à nicotina, experimentam menos efeitos desagradáveis e, portanto, têm maior probabilidade de desenvolver dependência e tolerância à substância (Friedman, Lichtenstein & Biglan, 1985).

Em qualquer das situações, a iniciação ao consumo de produtos do tabaco, geralmente cigarros, constitui um movimento contínuo e irregular que se estende

desde o não fumar, até ao estabelecimento de uma dependência mais ou menos grave. Neste trajecto, participam factores próximos e pessoais, mas também influências mais distantes que acabam por influir nas escolhas individuais, designadamente a publicidade, a acessibilidade do produto, a aceitação social em relação ao consumo ou a pressão dos pares (USDHHS, 1994). O efeito exercido por este conjunto de factores, ajuda-nos a compreender como é que o desagrado provocado pelas primeiras experiências com os cigarros podem ser ultrapassadas. Após uma fase inicial, a dependência desenvolve-se e o reforço social é substituído pelo evitamento da síndroma de privação (McNeil, 1991). Daqui se infere existir uma história natural no estabelecimento da nicotino-dependência, pautada pela interacção entre vários períodos de vulnerabilidade e características pessoais. Distinguem-se, então, cinco fases: preparação, prova, experimentação, uso regular e dependência (ver Figura 4).



Fonte: USDHHS (1994, p. 92).

Figura 4. Fases da iniciação ao tabagismo em crianças e adolescentes.

- **Fase preparatória.** Durante esta fase, formam-se crenças e atitudes acerca do significado ou utilidade de fumar. Mesmo sem iniciar um comportamento tabágico, o adolescente pode atribuir-lhe um sentido funcional, ao considerar

que fumar constitui uma forma aceitável para lidar com o stresse, de parecer maduro e independente ou de criar laços com novos amigos. Constituem factores de risco, a pressão exercida pelos modelos adultos ou irmãos fumadores, a publicidade, a acessibilidade, o preço do tabaco e a ausência de leis para regulação do consumo (USDHHS, 1994).

- **Fase de prova.** Compreende as primeiras duas ou três vezes em que o adolescente fuma, sendo frequente a presença de pares que encorajam a prova do cigarro. A percepção dos efeitos fisiológicos do cigarro e o incentivo social que estas experiências recebem por parte de outros fumadores, ajudam a determinar se o adolescente evolui para a etapa seguinte (USDHHS, 1994).
- **Fase experimental.** O estabelecimento de um consumo frequente de cigarros, embora irregular, caracteriza a fase experimental. Fumar passa a constituir uma resposta habitual, quer em situações sociais (ex. numa festa, à noite quando sai ou no bar), quer na presença de determinadas pessoas (ex. o melhor amigo, uma pessoa mais velha, a namorada), embora ainda não se tenha estabelecido um padrão regular de consumo (USDHHS, 1994).
- **Uso regular.** Quando ocorre a consolidação do tabagismo, o consumo torna-se regular, geralmente semanal, assistindo-se ao aumento das situações e interacções pessoais que suscitam este comportamento. A capacidade para resistir às pressões sociais, às ofertas e aos estímulos para fumar, determina o nível de controlo sobre o hábito (USDHHS, 1994). Nesta fase, é habitual os jovens acreditarem poder cessar o consumo quando quiserem e, muitos deles, consideram que cinco anos mais tarde já não serão fumadores. Setenta e cinco por cento destas pessoas, porém, manterá um padrão regular de auto-administração, sem qualquer possibilidade de controlo pessoal (CDCP, 2000), com mais de 90% dos fumadores a distribuírem-se pelos estádios de pré-contemplação (59,1%) ou contemplação crónica (33,2%; Wewers et al., 2003).
- **Fumador dependente.** Finalmente, a dependência fisiológica da nicotina é estabelecida e, por inerência, uma forte necessidade psicológica, comportamental e social. Entre as principais características da dependência, incluem-se os sinais de tolerância e o desencadear da síndroma de abstinência perante qualquer tentativa de paragem. Este quadro clínico é responsável, não só

pela extrema dificuldade em deixar de fumar, mas também pela elevada probabilidade de recair (USDHHS, 1994).

Em média, o intervalo entre a fase preparatória e o uso regular é de apenas dois a três anos, embora existam variações individuais (USDHHS, 1994). É neste período de transição que habitualmente ocorre a associação e generalização dos estímulos para fumar. Se, na fase de prova, o reforço positivo se restringe à percepção de aceitação por parte dos amigos ou do grupo, à satisfação da curiosidade ou ao facto de parecer mais velho, rapidamente os estímulos para fumar se diversificam. O jovem que fumava, em contextos de diversão e convívio, gradualmente fumará, quando procura sentir-se bem, mesmo na ausência dos amigos. Ao descobrir que fumar suprime o apetite, poderá passar a acender um cigarro de cada vez que tiver fome e não quiser comer. Se, durante um telefonema desagradável, o fumar ajudou-o a controlar a tensão, será provável que, em situações emocionais semelhantes, a pessoa procure um cigarro. O cigarro passa, assim, a constituir um recurso para enfrentar situações de índole positiva ou negativa (Fisher & Goldfarb, 1998).

À medida que a dependência tabágica se estabelece, torna-se evidente a interacção entre vários factores que suscitam o acto de fumar, não existindo a hegemonia de nenhum deles. Na realidade, o processo de iniciação é mediado por variáveis que se transformam, em função da idade e de mudanças mais vastas nos contextos de vida (Willis et al., 2004). Este facto ajuda a compreender por que razão pessoas diferentes, em circunstâncias semelhantes, poderão fumar ou nunca se interessarem pelos cigarros. Por esta razão, o conhecimento dos factores associados ao início da dependência de tabaco é fundamental, na detecção precoce dos jovens com maior risco de se tornarem fumadores regulares. Uma forma conveniente de abordar a multiplicidade de preditores é o recurso a índices de exposição ao risco, nos quais se pondere a acção conjunta dos vários factores. Um trabalho baseado nesta metodologia, prediz que os rapazes e as raparigas com cinco (*odds ratio* = 9,18 *vs.* 2,15, respectivamente), seis (*odds ratio* = 22,15 *vs.* 4,04, respectivamente) ou mais factores de risco, apresentam maior propensão para se tornar fumadores com elevada dependência. Importa também realçar que a iniciação tabágica se associa a diversos comportamentos problemáticos e que os fumadores mais dependentes apresentam, igualmente, um risco acrescido de consumir outras substâncias psicoactivas (Soldz & Cui, 2001). Os factores de iniciação podem, então, agrupar-se em quatro categorias:

(1) factores sócio-demográficos, (2) ambientais, (3) comportamentais e (4) pessoais (ver Quadro VII).

Quadro VII. Preditores associados ao início e consolidação do consumo.

Factores sócio-demográficos
Estádio de desenvolvimento
Demografia e estilos de vida
Factores ambientais
Acessibilidade e modelagem
Pressão social
Factores comportamentais
Aproveitamento académico
Outros comportamentos associados ao tabagismo
Experimentação
Factores pessoais
Expectativas
Auto-estima/auto-imagem
Personalidade
Condições psicopatológicas

3.1.1. Factores sócio-demográficos

Estádio de desenvolvimento

Apesar de existirem fumadores que iniciam o seu consumo tardiamente (Chassin et al., 2000), a maior parte das pessoas começa a fumar durante a adolescência, entre os onze e os dezassete anos de idade, progredindo através de uma sequência de estádios que os leva da receptividade e curiosidade em relação ao tabaco, até ao uso dependente (Flay et al., 1983). Orlando e seus colaboradores (2004), com base numa amostra de 5914 jovens norte-americanos, situa a idade média da iniciação tabágica nos quinze anos, confirmando que uma vez iniciado o consumo da nicotina, a dependência tende a transitar da adolescência para a adultícia. Este trajecto, por seu turno, resulta dos efeitos de tolerância e consequente dependência física, psicológica e comportamental que contribuem para o estabelecimento de um comportamento duradouro e estável. Deste modo, o tabagismo torna-se na dependência de psicoactivos mais persistente entre os adultos (Chen & Kandel, 1995). Estudos longitudinais (Chassin et al., 1996) têm demonstrado que os adolescentes fumadores, em comparação com os não fumadores, têm dezasseis vezes maior probabilidade de se tornarem adultos fumadores. Por seu turno, os adolescentes que se restringem a

contactos esporádicos e experimentais com cigarros, apenas duplicam o risco de se tornarem fumadores na idade adulta (Chassin et al., 1990).

Um estudo longitudinal sobre o desenvolvimento de hábitos tabágicos, realizado junto de 548 estudantes universitários (Wetter et al., 2004), revelou que, durante a investigação, nenhum dos jovens não fumadores passou a fumar regularmente, embora 11,5% se tornasse fumador ocasional. Entre os fumadores ocasionais, 14,4% progrediu para um consumo regular, 34,9% permaneceu fumador ocasional e 50,7% parou. Em relação aos fumadores regulares, 60% manteve o seu padrão, 13,4% cessou e 28,2% reduziu o consumo. Estes dados revelam a fluidez na progressão dos hábitos tabágicos, nomeadamente do estádio de fumador ocasional, para o de fumador regular. Investigações relativas ao consumo de tabaco entre o 7º, 8º, 9º e 10º anos de escolaridade (Willis et al., 2004), revelam que a proporção de não fumadores diminuiu de 66%, no sétimo ano, para 54%, 44% e 40%, nos anos escolares subsequentes. Durante o mesmo período, a percentagem de jovens que fumaram pelo menos um cigarro no último mês, aumentou de 5%, para 10%, 18% e 22%. A este propósito deve notar-se que, embora nem todos os jovens que atravessam a fase experimental se tornem fumadores, a maior parte dos fumadores dependentes passou por várias fases no seu processo de iniciação e consolidação da dependência.

Numa série de estudos de coorte, sobre a história natural do tabagismo (Chassin et al., 1984, 1990, 1996, 2000; Chen & Kandel, 1995), foram identificados quatro trajectos de iniciação, desenvolvidos entre a adolescência e a idade adulta. Cada um destes trajectos caracteriza-se por uma idade de começo, nível de estabilidade no consumo e quantidade de cigarros fumados. O primeiro trajecto, designado de "grupo precoce estável" (*early stable group*), é composto pelas pessoas que começaram a fumar na adolescência e mantiveram esse padrão ao longo dos vinte anos que durou o estudo. O segundo trajecto, intitulado de "grupo de experimentadores" (*experimenter group*), foi composto por indivíduos que nunca mantiveram consumos significativos. No terceiro trajecto, o "grupo de cessação" (*quitter group*), incluem-se as pessoas que pararam de fumar após um período de tabagismo regular. O quarto trajecto é o "grupo de iniciação tardia" (*late onset group*), o qual se refere aos fumadores que iniciaram um padrão regular de consumo durante a idade adulta (Chassin et al., 2000).

Em cada um destes trajectos, podem ocorrer dois tipos de abstinência: a abstinência estável, caracterizada por uma cessação mantida e a abstinência errática, marcada por flutuações entre fumar e não fumar. Os grupos que apresentam um

padrão de abstinência estável, incluem pessoas socialmente mais convencionais, próximas dos seus familiares, com um nível educacional mais elevado, satisfação pela vida, convicções mais negativas em relação ao tabagismo, inserção em ambientes anti-tabágicos, menor tolerância à desviância, menos afectividade negativa e um número mais reduzido de amigos ou familiares fumadores. Na direcção oposta, encontram-se os abstinentes erráticos do "grupo precoce estável", o qual é constituído pelas pessoas menos convencionais, com menor apoio familiar e anos de educação, alta tolerância à desviância, *locus* de controlo externo, maior número de familiares e amigos fumadores e representações positivas em relação ao tabagismo. Apesar do "grupo de experimentadores" se assemelhar ao "grupo precoce estável", o primeiro diferencia-se por uma identificação mais forte às instituições convencionais e pela menor probabilidade destas pessoas terem familiares fumadores. O "grupo de iniciação tardia", é composto por jovens que começam por encarar o tabagismo de forma negativa mas, à medida que se vão tornando adultos, fumar deixa de ser encarado como um comportamento desviante ou rebelde, tornando-se gradualmente mais aceitável e natural, facto que se associa ao aumento do número de fumadores neste grupo. Neste grupo, porém, o padrão de cessação é habitualmente estável (Chassin et al., 2000).

Embora o desenvolvimento de padrões comportamentais de risco, entre os quais o consumo de tabaco, seja especialmente marcado durante a adolescência, parece observar-se um declínio destes comportamentos a partir dos 25-28 anos de idade (Kandel & Logan, 1984). Este decréscimo poderá estar ligado à assunção de papéis e responsabilidades próprias do adulto, como a vida conjugal, a paternidade ou a carreira profissional, tarefas desenvolvimentais que se tornam pouco compatíveis com a manutenção de comportamentos de risco. Neste sentido, as expectativas e pressões sociais promovem o aumento de comportamentos socialmente desejáveis e, como consequência, a diminuição de condutas problemáticas ou de risco, nomeadamente o tabagismo (Yamaguchi & Kandel, 1985). Outros estudos, apesar de reconhecerem o papel dos factores sociais, sugerem que o hábito de fumar resiste à modelação social, evoluindo durante a adultícia através de uma sucessão de tentativas para parar, seguidas por recaídas (Chassin et al., 1996; Chen & Kandel, 1995).

Quando se aborda a história natural dos hábitos tabágicos, importa não omitir o reverso da questão, ou seja, o curso e a estabilidade da opção de não fumar. Algumas investigações indicam ser muito baixa a iniciação do tabagismo após os vinte e um

anos de idade, o que faz com que a escolha de fumar esteja bem estabelecida nos jovens adultos (Chen & Kandel, 1995). Relativamente aos jovens que superam a sua adolescência sem fumar, a probabilidade de se tornarem fumadores regulares é menor. Por seu turno, nos casos em que o hábito é adquirido tardiamente e não existe história de tabagismo durante a adolescência, o sucesso nas tentativas para deixar de fumar também é mais elevado (Chassin et al., 1996). Este ponto, contudo, pode ser contraditório se considerarmos algumas referências sobre o aumento do número de fumadores, particularmente na transição entre a adolescência e a adultícia. O acréscimo tardio explicar-se-ia pela iniciação após a conclusão do liceu e/ou pelo facto de alguns fumadores experimentais passarem a adoptar um consumo regular (Chassin et al., 1996). Sabe-se, também, que pertencer a uma coorte mais velha se associa ao aumento do risco de alguma vez ter fumado na vida (Eisner et al., 2000).

Demografia e estilos de vida

Nos países industrializados a prevalência de tabagismo nos homens continua a ser ligeiramente superior ao das mulheres, mas durante os últimos vinte e cinco anos esta diferença tem-se vindo a esbater (Fiore, 1992). Algumas das justificações para este facto apontam o aumento do número de mulheres que passaram a recorrer aos cigarros como estratégia de controlo do peso, do stresse ou da afectividade negativa (Rose et al., 1996). Existem, também, diferenças quanto às representações sociais do tabagismo entre os homens e as mulheres. Desde jovens, as mulheres são pressionadas a cuidar da sua imagem de forma mais selectiva que os homens. Em contraste com as associações negativas feitas em relação ao tabagismo das adolescentes, particularmente de parecer desmazelada, desprezível ou descontrolada, os rapazes fumadores são descritos como masculinos, duros, descontraídos e sob controlo. Aos homens é, também, permitido e até esperado que se envolvam em excessos, ao passo que sobre as mulheres recai a expectativa de contenção e comedimento (Nichter et al., 2006).

Quando se comparam populações pertencentes a diferentes estratos educacionais, torna-se evidente que o declínio dos hábitos tabágicos tem sido mais marcado nos grupos com níveis educacionais mais elevados, ao passo que nas faixas menos diferenciadas, essa redução é mais lenta. A menor exposição destas pessoas a informações sobre os riscos associados a vários comportamentos tem sido uma das

justificações apresentadas. É também relevante o facto de os estratos sócio-educacionais desfavorecidos estarem quotidianamente mais expostos a ambientes com tabaco, devido ao maior número de amigos ou familiares fumadores. Esta realidade social cria não apenas modelos e representações de consumo, mas também uma sensação de tolerância e aceitação em relação ao tabagismo. Assim, as pessoas com menor escolaridade desenvolvem convicções menos negativas acerca dos efeitos nefastos de fumar, encarando o tabagismo como uma estratégia aceitável para lidar com a afectividade negativa (Rose et al., 1996).

Outros estudos revelam que as populações menos escolarizadas têm maior exposição a acontecimentos de vida negativos, bem como maior vulnerabilidade aos efeitos desta adversidade (McLeod & Kessler, 1990). Lawson (1994), analisando as respostas a entrevistas estruturadas de vinte fumadoras adolescentes grávidas, com uma origem social desfavorecida, encontrou narrativas bastante explicitas sobre as razões associadas ao consumo de cigarros. Uma das adolescentes que, desde o seu nascimento, vivera em onze instituições de acolhimento referia que os cigarros eram a única coisa estável da sua vida. Uma mulher que vivia na rua, considerava os cigarros como o seu verdadeiro amigo: "as pessoas sempre me abandonaram, mas os cigarros nunca". Outra jovem adolescente, comentou não se sentir mal por fumar: "pelo menos faço alguma coisa parecida à das jovens que vão para a escola. Eu fumo". Para esta rapariga, fumar era um luxo semelhante a usar roupas de marca, a possuir um vídeo ou um aparelho portátil para ouvir discos compactos, funcionando os cigarros como um sinal de estatuto e compensação do sentimento de privação social.

Um estudo realizado por Emmons e associados (1998), revela que o aumento das taxas de fumadores se relaciona com o decréscimo da capacidade dos jovens resistirem às pressões para fumar, em consequência de mudanças nos estilos de vida. Estas transformações envolvem maior exposição a amigos que fumam, diminuição da tolerância às pressões sociais, experimentação de várias substâncias psicoactivas (ex. marijuana, álcool) e menor rendimento escolar. Outros factores associados ao risco de começar a fumar, abarcam ser estudante universitário, caucasiano, sentir-se insatisfeito com o sistema educativo, pertencer a clubes recreativos, não praticar desporto, consumir álcool ou ter pouco interesse pela religião. É curioso notar que um estudo desenvolvido em Portugal por Manso (1999) também refere a prática de uma religião como um factor associado ao início tardio do consumo de tabaco.

Viver apenas com um dos progenitores parece associar-se ao aumento do risco de começar a fumar durante a adolescência (Isohanni, Moilanen & Rantakallio, 1991). Um grupo de investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, estudou uma amostra de 2974 estudantes, entre os doze e os dezanove anos de idade. O estudo conclui que existe um risco mais elevado de tabagismo, nos jovens pertencentes a famílias monoparentais, com baixo nível de instrução (< 4 anos) e pais (ou apenas a mãe), irmãos ou amigos fumadores. Além dos factores relacionados com a estrutura familiar, os autores identificaram outros preditores relevantes, designadamente ter idade superior a doze anos, considerar que fumar é inócuo para a saúde, apresentar baixo rendimento escolar e consumir café, álcool ou drogas ilícitas. É de salientar que 75% dos consumidores de outras drogas começaram por fumar cigarros (Azevedo, Machado & Barros, 1999). Inversamente, estar integrado numa família nuclear (biparental) e ter pais com um nível educacional elevado, constitui um factor de protecção contra a iniciação tabágica, durante a fase inicial da adolescência (Orlando et al., 2004).

3.1.2. Factores ambientais

Acessibilidade e modelagem

A acessibilidade e aceitação social em relação aos cigarros é especialmente promovida pela indústria tabaqueira, através de campanhas publicitárias e da influência exercida por modelos atractivos promovidos pela televisão ou pelo cinema. Da mesma forma, a venda de cigarros a menores ou a ausência de restrições no acesso a estes produtos, por exemplo, através das máquinas de venda automáticas, reforçam a acessibilidade e a aceitação social. Estes aspectos constituem factores de predição para o início do consumo de cigarros. De maneira inversa, pode diminuir-se o risco de os adolescentes começarem a fumar, ao restringir a exposição a imagens que promovam o tabaco ou limitando a acessibilidade dos cigarros (USDHHS, 1994).

Um outro factor de risco importante na iniciação dos hábitos tabágicos é o tabagismo parental, não apenas porque os pais constituem modelos de identificação, mas também porque é através da interacção em contextos sociais que as crianças constroem um significado para o gesto de fumar. Segundo Silvis e Perry (1987), os filhos apercebem-se do significado de fumar e da sua aceitação, a partir da atitude dos

pais. Vários estudos (Griffin et al., 1999; Wetter et al., 2004) têm demonstrado que os pais fumadores tendem a ter filhos adolescentes igualmente fumadores e, inversamente, os pais não fumadores têm geralmente filhos que não fumam. Chassin e colegas (2000) relacionaram o tabagismo parental com o início do consumo durante a adolescência dos filhos, a rápida escalada para níveis de maior dependência e duração mais longa do período de tabagismo. Os autores salientam, porém, que, enquanto a modelagem e a pressão social se associam à iniciação do hábito tabágico, a cessação, durante a idade adulta, não depende tanto dessas influências, mas de outros factores como o nível de dependência física. Assim, o tabagismo entre os progenitores constitui um preditor mais importante, durante o desenvolvimento e estabelecimento da dependência, do que em fases posteriores do consumo de tabaco. Juntamente com a influência parental, Wetter e colaboradores (2004) referem que os jovens não fumadores, mas cujos irmãos fumam, também apresentam maior probabilidade de vir a fumar (OR = 5,71). Neste estudo, a pressão dos pares, o stresse e o consumo de álcool não constituíram preditores consistentes no desenvolvimento do hábito de fumar. Segundo parece, porém, a pressão social no tabagismo também é mediada pelo sexo. Enquanto as raparigas são mais afectadas pela mãe e pelas irmãs mais velhas, os rapazes são mais influenciados pelo pai e pelos irmãos mais velhos, embora no sexo masculino seja destacado o papel da mãe e das irmãs mais velhas (Nofziger & Lee, 2006).

Pressão dos pares

Na adolescência, a pressão exercida pelos pares é um factor relevante na iniciação tabágica (Baker, Brandon & Chassin, 2004; Rose et al., 1996; Willis et al., 2004). Os fumadores que iniciam o seu hábito muito jovens (doze anos de idade), têm em média três amigos fumadores. Em comparação, aqueles que começam a fumar mais tarde tendem a apresentar apenas um amigo fumador (Rose et al., 1996; Willis et al., 2004). O efeito desta pressão ocorre essencialmente, durante a fase de iniciação, período após o qual a sua influência se atenua. O Relatório do *General Surgeon* (USDHHS, 1994) confirma este dado, referindo também que o papel dos pares é particularmente potente nos estádios que precedem o uso regular da nicotina, diminuindo o seu efeito na transição entre a adolescência e a adultícia. As raparigas adolescentes, por seu turno, parecem manifestar maior vulnerabilidade à influência social que os seus pares

rapazes (Chassin et al., 1984; Hu et al., 1995; Soldz & Cui, 2001), particularmente quando essa pressão é exercida por um namorado fumador (Nofziger & Lee, 2006).

Deve notar-se, contudo, que, habitualmente, os adolescentes não sentem uma pressão directa para fumar. Existem várias formas de mediação social, nas quais o tabaco pode funcionar como um meio de vinculação a um grupo, como um estilo de vida positivo ou como um produto de fácil acesso e elevada exposição (Baker, Brandon & Chassin, 2004). Outras formas indirectas de pressão incluem conviver com familiares que aprovam o tabagismo, considerar que a prevalência de fumadores é elevada ou ser frequentemente confrontado com a oferta de cigarros (Ellickson, Tucker & Klein, 2001). Uma outra forma subtil de pressão social é ilustrada pelo estudo de Ellickson, McGuigan e Klein (2001), o qual revela que, quando os estudantes são mais novos do que os seus colegas de turma, o risco de começar a fumar e a dificuldade em parar, são maiores. O desejo de parecer maduro e a experiência dos adolescentes mais velhos podem funcionar como factor de pressão e aliciamento.

É necessário, contudo referir que a influencia social também pode sofrer um efeito, designado por selecção dos pares, na medida em que cada pessoa procura as companhias que maior proximidade revelam dos seus próprios valores. Através deste processo de triagem, o adolescente desenvolve a convicção de que o seu comportamento é semelhante ao dos seus amigos, o que actua como um reforço sobre as suas próprias opções (Baker, Brandon & Chassin, 2004). A magnitude destas pressões sociais faz-se sentir de forma mais significativa, quando existe menor envolvimento parental (Simons-Morton, 2002). Os adolescentes que descrevem os pais como pessoas que não os apoiam, em comparação com os jovens que não têm essa percepção, encontram-se menos protegidos das pressões sociais e apresentam maior probabilidade de começar a fumar ou de transitar para um estádio regular de tabagismo (Chassin et al., 1986). Do mesmo modo, o isolamento social pode aumentar o risco de iniciação dos hábitos tabágicos (Nofziger & Lee, 2006).

3.1.3. Factores comportamentais

Aproveitamento académico

O início dos hábitos tabágicos tem sido frequentemente relacionado com uma prestação académica mais fraca. Os estudantes que revelam menos interesse pela escola e/ou receiam falhar no seu desempenho académico apresentam maior probabilidade de começar a fumar no início da adolescência, em comparação com os jovens que gostam da escola e/ou desenvolvem expectativas de sucesso (Ahlgren et al., 1982). As escolas com normas mais permissivas em relação ao tabagismo, menor envolvimento dos professores e mais problemas disciplinares, apresentam taxas mais elevadas de fumadores (Novak & Clayton, 2001). Os jovens com problemas da conduta em meio escolar e menor rendimento académico revelam também mais probabilidade de fumar e de apresentar outras disfunções, no funcionamento psicossocial, nomeadamente comportamentos de delinquência e consumo de substâncias ilegais (Escobedo, Reddy & DuRant, 1997).

Outros comportamentos associados ao tabagismo

As dificuldades relacionadas com o controlo do comportamento podem associar-se à iniciação tabágica. Neste âmbito, incluem-se a impulsividade, a busca de sensações, a rebeldia ou as perturbações da conduta. Os adolescentes com maior desinibição e propensão para transgredir, apresentam mais probabilidade de adoptar comportamentos de risco, designadamente consumir substâncias ilícitas, fumar, reflectir menos sobre as consequências negativas do tabagismo ou recorrer ao tabaco como forma de afirmar a sua irreverência e de se aproximar do estatuto de adulto (Baker, Brandon & Chassin, 2004). O cigarro pode, por outro lado, servir como uma substância facilitadora do consumo de outras drogas, tendo em consideração que os consumidores de substâncias ilícitas iniciaram, geralmente, o seu trajecto com o uso da nicotina (USDHHS, 1994). Embora com resultados inconsistentes, também tem sido estudada a relação entre o tabagismo e a perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Enquanto algumas investigações não assinalam qualquer associação (Burke, Loeber & Lahey, 2001), outros trabalhos confirmam que os jovens hiperactivos tendem a recorrer ao tabaco como forma de "auto-medicar" os défices de atenção (Flory & Lynam, 2003).

Na direcção oposta, existem comportamentos que ajudam a prevenir o início do consumo de tabaco. O envolvimento em actividades desportivas, por exemplo, atenua o impacto provocado pela exposição a ambientes com elevado nível de risco. As raparigas, com prática regular de actividade física ou desportos, têm menor probabilidade de começar a fumar, ao passo que o risco de se tornar fumadora aumenta nas adolescentes mais envolvidas em actividades sociais (Swan, Creeser & Murray, 1990).

Experimentação

Segundo McNiel (1991), um terço dos jovens que experimentam produtos do tabaco acabam por se tornar dependentes da nicotina. A razão por que um número significativo de quantos contactam com os cigarros nunca se tornarem fumadores, parece dever-se às sensações desagradáveis que os primeiros contactos implicam (Silverstein et al., 1982). Pelo contrário, outros trabalhos (Pomerleau et al., 1993) defendem que uma reacção inicial negativa se associa ao uso subsequente. Esta concepção baseia-se no pressuposto de que, apesar de as pessoas com elevada sensibilidade inata à nicotina experimentarem reacções mais adversas, elas obtêm simultaneamente um reforço fisiológico mais intenso e positivo. Neste sentido, os fumadores com níveis elevados de dependência tendem a apresentar maior sensibilidade à nicotina e a sentir, de forma mais marcada, quer o desconforto inicial associado ao desenvolvimento da tolerância, quer os sinais de abstinência. Inversamente, as pessoas com menor sensibilidade inata à nicotina, sentem menos efeitos quando expostas à substância. Para estas pessoas, o meio exerce um papel mais importante na interrupção da experiência ou na continuação para um padrão regular de auto-administração.

Nichter e associados (2006), por seu turno, sugerem que as experiências iniciais dos adolescentes com os cigarros ocorrem em contextos nos quais o consumo de álcool também está presente. Como estes jovens ainda não se sentem adultos, também não existe nenhum compromisso com as regras de comportamento dos adultos. Assim, fumar, em particular enquanto se bebe, torna-se um comportamento aceitável porque a pessoa ainda não se sente no "mundo a sério". Este sentimento de estar entre dois mundos (criança *vs.* adulto) pode, precisamente, atenuar o receio de se tornar

num fumador. É esta diminuição na percepção do risco que torna a adolescência num período de especial vulnerabilidade.

3.1.4. Factores pessoais

Expectativas

Num estudo britânico com jovens em idade escolar, identificaram-se as seguintes expectativas associadas ao consumo regular de tabaco: pouco receio de contrair cancro do pulmão, desejo de se tornar rapidamente adulto, permissividade parental em relação ao tabaco e número de amigos fumadores. Dos jovens que apresentavam maior número de factores preditores, sete em cada dez tornaram-se fumadores, numa relação inversa à dos seus pares com menos factores de risco (Bynner, 1969). Note-se, contudo, que a representação social do adolescente em relação ao tabaco é geralmente ambivalente, envolvendo representações positivas (ex. maturidade, vitalidade, irreverência) e negativas (ex. malefícios para a saúde, insensatez de fumar), sendo as representações negativas especialmente atractivas para os jovens que valorizam o risco e a transgressão. Nos casos em que as representações dos adolescentes acerca do tabagismo são negativas, a sua influência sobre o comportamento pode ser suplantada pela percepção de benefícios subjectivos associados a tal conduta (Baker, Brandon & Chassin, 2004). Assim, o conhecimento das consequências negativas associadas ao consumo regular de tabaco não constitui, por si só, um factor de inibição para começar a fumar. Uma parte significativa dos adolescentes, fumadores e não fumadores, tem a noção dos malefícios gerais associados ao hábito de fumar. Os jovens não sentem, contudo, que, a curto termo, poderão tornar-se vulneráveis a esta acção nefasta (Gerber & Newman, 1989). A desvalorização ou minimização das consequências de fumar relacionam-se com a iniciação de hábitos tabágicos e com a quantidade de cigarros consumidos durante a idade adulta (Swan, Creeser & Murray, 1990). De forma geral, nas decisões relacionadas com a saúde, é habitual desvalorizarem-se as consequências a médio e a longo prazo, em favor das gratificações imediatas, fenómeno mais marcante nos adolescentes (Baker, Brandon & Chassin, 2004).

As expectativas associadas aos efeitos da nicotina sobre as cognições (ex. concentração), as emoções (ex. redução da tensão e disforia, prazer), o

comportamento (ex. rituais de consumo, auto-administração) e as relações sociais (ex. facilitação da inclusão) são factores que motivam o consumo de tabaco. Estas expectativas positivas tendem a predominar sobre as negativas, particularmente na fase inicial da dependência. A convicção de que fumar ajuda a aliviar o aborrecimento ou a tensão é uma das expectativas positivas presentes no início e na manutenção do hábito (Anderson, Pollak & Wetter, 2002). Os adolescentes que começam a fumar tendem, precisamente, a identificar mais vantagens associadas ao tabagismo do que os seus pares não fumadores (Gerber & Newman, 1989). De maneira inversa, os adolescentes que reconhecem mais aspectos negativos têm menor susceptibilidade de vir a consumir tabaco (Anderson, Pollak & Wetter, 2002; Ellickson, Tucker & Klein, 2001), enquanto os não fumadores, em comparação com os fumadores ocasionais e regulares, são os que revelam expectativas mais negativas (Wetter et al., 2004).

Tendo como referência os processos de enviesamento cognitivo descritos por Beck e associados (1993), sabe-se que as pessoas desenvolvem várias crenças erradas em relação ao tabaco, como, por exemplo, a ideia de que, nos primeiros anos de tabagismo, não existem riscos para a saúde, de ser possível parar de fumar quando se quiser (Slovic, 2000b) ou que, pelo facto de parar repentinamente, a dependência fica controlada (McKenna, Warburton & Winwood, 1993). Por outro lado, os adolescentes tendem a sobrestimar o número de fumadores e a considerar que as outras pessoas mantêm representações mais favoráveis em relação ao tabagismo do que têm na realidade (Gibbons & Eggleston, 1996). Num estudo com adolescentes, desenvolvido por Leventhal, Fleming e Glynn (1988 cit. in USDHHS, 1994), os jovens estimavam que 66% dos seus pares e 90% dos adultos eram fumadores. Avaliações sócio-cognitivas desta natureza, facilitam a iniciação do tabagismo e promovem o consumo. Numa investigação desenvolvida por Hahn e associados (1990), perguntou-se aos fumadores por que razão tinham experimentado o primeiro cigarro. Os resultados revelam que 60% referiu a curiosidade, 13% a necessidade de pertencer a um grupo e 10% alegou ter sido pressionado. Chassin e colaboradores (1984) encontraram resultados semelhantes, predominando uma atitude positiva em relação ao tabaco, particularmente conotada com o prazer ou o gozo.

É importante notar que, em grupos de adolescentes confrontados com vários comportamentos disruptivos e de risco, fumar pode ser encarado como um factor positivo ou menos prejudicial. Lawson (1994) apresenta vários relatos ilustrativos desta situação. Num dos casos, uma jovem diferenciava-se das colegas, porque ela era

apenas uma fumadora: "eu tenho amigos que usam drogas e fumam charros, mas eu só fumo cigarros. É melhor fumar cigarros do que consumir drogas". Outra rapariga, com história de detenção por tráfico de droga, afirmava não encontrar nada de errado em fumar, porque não havia nenhuma lei a proibir. A literatura sugere que, quando a pessoa se compara com parceiros envolvidos em acções mais perigosas, o seu comportamento pode parecer menos grave e, portanto, a necessidade de mudar também se torna menor.

Auto-estima e auto-imagem

Young e Werch (1990) referem que os jovens não fumadores possuem um sentimento de estima pessoal, de apreço pela família, escola e amigos, mais elevado do que os seus pares fumadores. Pelo contrário, a insatisfação com a imagem corporal e as perturbações do comportamento alimentar aumentam o risco de as raparigas adolescentes começarem a fumar, nomeadamente porque pensam que dessa forma podem controlar o peso (Camp, Klesges & Relyea, 1993; Stice & Shaw, 2003). No caso das jovens que dão uma importância excessiva à sua elegância ou que manifestam medo de engordar, observa-se um aumento na probabilidade de fumar. Uma das hipóteses é a de que a nicotina seja usada como estratégia para controlo do peso, embora possa igualmente estar envolvido um défice no controlo do impulso, resultante da desregulação do sistema da serotonina (Stice & Shaw, 2003). Outro aspecto a ter em consideração na questão da auto-imagem é a crença de que o cigarro constitui um sinal de maturidade e descontracção, representação frequente nos adolescentes (USDHHS, 1994).

Personalidade

Do conjunto de investigações sobre o papel da personalidade na iniciação dos hábitos tabágicos, destacam-se os modelos diátese-stresse, de Hans Eysenck (2000) e da busca de sensações, de Marvin Zuckerman (1994). Como estes contributos já foram apresentados no Capítulo 2, não voltaremos a eles.

Condições psicopatológicas

As pessoas que sofrem de doença psiquiátrica, em comparação com a população geral, têm o dobro da probabilidade de fumar, podendo representar 44,3% do mercado

da indústria tabaqueira norte-americana. Doentes psiquiátricos, com múltiplos diagnósticos, apresentam taxas de tabagismo ainda mais elevadas e maior dependência de nicotina do que os doentes com apenas um diagnóstico (Lasser et al., 2000). Num estudo que envolveu 2774 doentes psiquiátricos (Vanable et al., 2003), verificou-se que 61% das pessoas relataram hábitos tabágicos, ao passo que, na população geral, os fumadores representam cerca de 24%. A maioria dos doentes pertenciam ao sexo masculino, tinham entre trinta e quarenta e seis anos de idade e fumavam uma média de 21,6 cigarros por dia (*DP* = 14,4). Em termos nosológicos, a maior prevalência de tabagismo surgiu na perturbação esquizoafectiva (67%), seguida da doença bipolar (66%), esquizofrenia (63%), outros diagnósticos (61%), depressão (60%) e perturbações ansiosas (56%). Os doentes esquizoafectivos eram também os que fumavam de forma mais pesada (27%), surgindo em simultâneo os doentes com esquizofrenia e os doentes bipolares (22%) e, por fim, os pacientes com depressão (13%) e ansiedade (16%).

Comparativamente aos doentes menos graves, aqueles que apresentam condições psicopatológicas mais severas, tendem a manifestar maior dependência da nicotina. Num estudo prospectivo envolvendo uma população psiquiátrica, com e sem história de internamento (Hughes et al., 1986), verificou-se existir uma prevalência de tabagismo mais significativa nas pessoas que estiveram hospitalizadas (62% vs. 38%, respectivamente). Neste sentido, quer a gravidade da doença, quer os diagnósticos de perturbação esquizoafectiva, esquizofrenia e doença bipolar associam-se a uma probabilidade maior de desenvolver hábitos tabágicos (Vanable et al., 2003). Sabe-se também que existe maior número de ex-fumadores na população geral do que entre as pessoas com perturbação psiquiátrica (Glassman, 1993).

Ao interpretar os resultados sobre a prevalência dos hábitos tabágicos, nas populações com doença psiquiátrica, deve levar-se em consideração a maior desprotecção sócio-económica destas pessoas e a existência de padrões mais significativos de ingestão de álcool, café e outras drogas (Hughes et al., 1986). Os doentes que ingerem maior quantidade de álcool, por seu turno, revelam taxas mais elevadas de tabagismo, em comparação aos doentes com consumos menos significativos (78% *vs.* 56%). No que se refere às bebidas com cafeína, 86% dos doentes psiquiátricos relatam consumir em média quatro doses diárias (*DP* = 5,96). Estes doentes tendem a ser fumadores mais pesados (40%) do que aqueles que ingerem café em doses moderadas (20% de fumadores pesados) ou leves (9% de

fumadores pesados; Vanable et al., 2003). Em termos nosológicos, regista-se maior abuso de substâncias na esquizofrenia do que nos doentes com perturbações do humor (Lawrie et al., 1995). Daqui se infere que o consumo de álcool, drogas e cafeína constituem preditores independentes no desenvolvimento do hábito tabágico.

Existe também uma forte associação entre as condições de stresse psicológico ou adversidade psicossocial e a transição da fase de experimentação para o consumo regular. Entre estas situações, destacam-se os casos de abuso na infância, disfunção familiar, experiências infantis de privação, divórcio dos pais, acontecimentos de vida negativos ou elevação na percepção do stresse (Kassel, Stroud & Paronis, 2003). Assim, as disfunções emocionais estão habitualmente associadas ao início dos hábitos tabágicos, provavelmente em consequência do efeito anti-depressivo da nicotina. De forma inversa, quando se considera que o tabaco é usado como estratégia para lidar com estados emocionais negativos, torna-se previsível que as pessoas, com melhor ajustamento emocional, tenham maior propensão para deixar de fumar. Um estudo realizado com adolescentes revelou, precisamente, que os jovens menos deprimidos paravam de fumar com maior frequência (Zhu et al., 1999), enquanto as taxas de cessação eram mais baixas em pessoas com história psiquiátrica, recente ou antiga (Lasser et al., 2000).

Psicoses

O grupo nosológico das psicoses, particularmente a perturbação esquizoafectiva e a esquizofrenia, constituem condições psicopatológicas fortemente associadas ao tabagismo. Entre os doentes psiquiátricos institucionalizados, devido a quadros crónicos de esquizofrenia, encontram-se alguns dos fumadores mais dependentes (Vanable et al., 2003). Como já tivemos oportunidade de mencionar, o maior consumo de substâncias entre os doentes psicóticos não se restringe à nicotina, uma vez que a ingestão de álcool e de drogas ilícitas também é mais frequente. Tem sido sugerido que a elevada prevalência de tabagismo nestes doentes resulta da sua institucionalização, da rotina e monotonia do dia-a-dia, da dificuldade em controlar o impulso (Hughes et al., 1986) ou da baixa motivação para deixar de fumar (Goff, Henderson & Amico, 1992). Outras investigações referem quer a acção da nicotina na redução dos efeitos secundários provocados pelos neurolépticos (op cit.; Jarvik, 1991), quer a redução dos sintomas negativos na esquizofrenia (Glassman, 1993). Considera-se, neste caso, que a nicotina estimula a libertação de dopamina no *nucleus accumbens* e no córtex pré-frontal, o que constitui um processo frequentemente

associado aos mecanismos cerebrais de recompensa e antecipação de condutas sexuais ou alimentares. Em resultado do aumento das concentrações cerebrais de dopamina, ocorre uma diminuição dos sintomas negativos da esquizofrenia (ex. apatia, abulia), frequentemente associados à hipoactividade do córtex pré-frontal. O mesmo mecanismo pode estar envolvido na associação entre a depressão e o tabagismo (Glassman, 1993; Goff, Henderson & Amico, 1992).

Segundo Sandyk (1993), os fumadores com esquizofrenia apresentam menor disfunção cognitiva e menos sintomas parkinsónicos induzidos pelos neurolépticos. A doença de Parkinson é igualmente menos frequente nos doentes esquizofrénicos que fumam, realçando-se novamente o papel do sistema dopaminérgico na estimulação das funções cognitivas (op cit.). Deste ponto de vista, não apenas a cessação tabágica se torna mais difícil neste grupo de fumadores, como pode acarretar uma exacerbação dos sintomas psicopatológicos prévios (Glassman, 1993; Goff, Henderson & Amico, 1992). Contudo, a cessação tabágica em doentes psicóticos é possível. Numa investigação que envolveu o desenvolvimento de um programa de cessação tabágica em cinquenta doentes com esquizofrenia, obtiveram-se taxas de cessação de 42%, 16% e 12%, respectivamente no final do programa, aos três e aos doze meses de seguimento (Addington et al., 1998).

O efeito aparentemente favorável da nicotina sobre a neurobiologia da esquizofrenia que, como vimos, se associa à diminuição dos sintomas negativos, do défice neuro-cognitivo e dos movimentos parkinsónicos induzidos pelos fármacos, tem de ser contrabalançado com outras consequências clinicamente adversas. Na realidade, o tabagismo constitui um factor de complicação no tratamento de doentes psicóticos, ao provocar a diminuição das concentrações sanguíneas dos neurolépticos. A aceleração da farmacocinética (*clearance*) tem sido observada em doentes tratados através de neurolépticos como o haloperidol, a flufenazina ou a clorpromazina (Goff, Henderson & Amico, 1992). Por esta razão, os doentes que fumam, em comparação com os não fumadores, necessitam de doses mais elevadas de neurolépticos, para alcançar o efeito terapêutico (1160 *mg*/dia *vs.* 542 *mg*/dia), ao mesmo tempo que este acréscimo de medicação provoca efeitos indesejados mais marcados (op cit.; Lasser et al., 2000).

Apesar do tabagismo ser mais prevalecente entre os doentes psiquiátricos, o que constitui um grave malefício para a sua saúde, alguns estudos sugerem a não ocorrência de qualquer aumento na taxa de mortalidade desta população, relacionada

com o consumo de tabaco. Curiosamente, os doentes com diagnóstico de esquizofrenia apresentam taxas de cancro do pulmão mais baixas do que os fumadores sem doença psiquiátrica. A este propósito tem-se sugerido que os doentes psiquiátricos morrem precocemente, devido a causas acidentais (ex. suicídio ou acidentes), antes da idade de início das doenças provocadas pelo tabaco. Outras hipóteses propõem que os doentes com esquizofrenia padecem de um defeito metabólico que os protege do desenvolvimento de cancro, que os neurolépticos apresentam um efeito anti-tumor ou que o isolamento social e a hospitalização protegem estas pessoas do stresse, factor geralmente implicado no desenvolvimento de doenças cardíacas e oncológicas (Hughes et al., 1986). Em outros estudos, porém, os doentes com esquizofrenia, depressão major ou alcoolismo, apresentam taxas elevadas de mortalidade por doença vascular e cancro (Lasser et al., 2000).

Depressão

A depressão e o tabagismo parecem associar-se de forma bidireccional (Breslau et al., 1998). Em populações de jovens adultos, a depressão constitui um preditor da iniciação e manutenção de hábitos tabágicos, ao mesmo tempo que o tabagismo está envolvido no desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Diversos autores (op cit.; Kendler et al., 1993), referem a existência, não apenas de uma carga genética comum à depressão e à dependência de nicotina, mas também a utilização intuitiva dos cigarros como estratégia de auto-medicação, já que a nicotina actua a um nível neurobiológico sobre os estados depressivos. De forma complementar, considera-se relevante o papel desempenhado pelos factores sociais e ambientais, pela personalidade e pelas estratégias de confronto. Neste plano, as teorias da aprendizagem social salientam a influência exercida pelos parceiros. Um jovem afectado por um nível elevado de sintomatologia depressiva, baixa estima e falta de confiança pessoal pode tornar-se particularmente vulnerável às pressões exercidas pelos seus pares fumadores. De igual modo, mensagens que associam o tabagismo à sedução, ao erotismo ou à boa condição física constituem um apelo aos adolescentes que têm uma fraca imagem de si próprios (Patton et al., 1996).

Em termos epidemiológicos, a prevalência de depressão major é maior nos fumadores do que nos não fumadores (6,6% *vs.* 2,9%), particularmente nas mulheres. Breslau, Kilbey e Andreski (1991), estudando uma amostra composta por 1200 jovens adultos, concluíram que a depressão major se associa mais à dependência de nicotina do que ao consumo não dependente de tabaco. Num trabalho posterior, Breslau e seus

colegas (1998) sugeriram que estas pessoas apresentavam um risco três vezes superior de progredir da experimentação para o consumo regular de tabaco. Os autores ressalvam, porém, a ausência de uma associação entre a iniciação tabágica e o desenvolvimento de depressão. A este propósito, Newcomb e Bentler (1989) sugerem que o início do consumo se deve essencialmente a influências sociais, enquanto a progressão para o consumo regular, parece depender de processos internos, designadamente estados do humor.

As pessoas que, ao longo da sua vida, apresentaram história de depressão também têm maior probabilidade (76% *vs.* 52%) de alguma vez ter fumado (Glassman et al., 1990). Neste grupo, a taxa de cessação é mais baixa (14% *vs.* 28%), em comparação com os fumadores sem história psiquiátrica de perturbação do humor (Glassman et al., 1990), embora alguns trabalhos não corroborem este dado (Breslau et al., 1998). É interessante notar que a tristeza, as queixas depressivas sub-clínicas e a afectividade negativa, em geral também mantêm uma relação com o tabagismo. Emmons e seus colaboradores (1998), por exemplo, referem que o tabagismo é mais prevalecente entre os estudantes universitários que relatam mais sentimentos de infelicidade. Numa outra investigação, composta por 1242 estudantes universitários, Hoz e associados (2004) assinalam uma associação entre o mal-estar psicológico ou a tensão emocional e o consumo de tabaco. Em comparação com os não fumadores, os fumadores apresentaram índices mais elevados de depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal, sintomatologia obsessivo-compulsiva e psicoticismo, constatação que os autores usam para confirmar a hipótese da auto-medicação na nicotino-dependência.

A cessação tabágica, particularmente nos fumadores com história de depressão, pode precipitar o início de sintomas depressivos. Através de um programa para deixar de fumar, Covey, Glassman e Stetner (1997) salientam que os sintomas persistentes de abstinência nicotínica, constituem preditores da incidência de depressão major. Chassin e seus associados (2002), apesar de não confirmarem que deixar de fumar provoca episódios de depressão, admitem que a cessação acarreta a perda de um mecanismo de confronto (*coping*) importante que envolve a acção bioquímica da nicotina. Este facto estará na base de uma elevação na percepção do stresse e do afecto negativo, que se pode manifestar de forma duradoura.

Ao nível da recaída, a afectividade negativa é descrita como um dos antecedentes emocionais mais habituais (Shiffman, 1986), sendo relevante considerar que os doentes com história de depressão major apresentam maior número de

tentativas para deixar de fumar (Glassman et al., 1988). Os fumadores com este antecedente psiquiátrico ou com perturbação da ansiedade, relatam sintomas de abstinência mais graves e com maior frequência que os fumadores da população geral (67,8%, 60,9% e 37%, respectivamente). Segundo Breslau, Kilbey e Andreski (1992), a maior gravidade dos sintomas de privação, contudo, não apresenta relação com a continuação do hábito de fumar ou com a maior prevalência de tabagismo nesta população.

Ansiedade

A pesquisa sobre a relação entre a ansiedade e o tabagismo tem produzido resultados menos congruentes do que aqueles que se referem às perturbações depressivas. Dois estudos clássicos, um da autoria de Eysenck (2000) e outro de Rae (1975), não encontraram qualquer associação entre a sintomatologia ansiosa, o neuroticismo e o tabagismo. Na mesma linha, Hughes e colaboradores (1986), estudando uma população clínica, concluíram que o hábito de fumar é mais frequente nas pessoas com depressão major que nos casos de perturbação ansiosa. McCrae, Costa e Bossé (1978), todavia, identificaram uma relação significativa entre a ansiedade e a elevação do nível de dependência nicotínica. Na mesma direcção, Patton e associados (1996) referem que a incidência de sintomas ansiosos e depressivos aumentam a probabilidade de fumar durante a adolescência, especialmente nas raparigas. Em parte, este facto deve-se a um risco duas vezes maior das mulheres desenvolverem este tipo de sintomas psicopatológicos.

Embora pareça coerente que as pessoas com níveis elevados de tensão e ansiedade fumem mais, com base na alegada acção sedativa da nicotina, na verdade esta hipótese tem sido contestada. Segundo Parrott (1999, 2000), o estudo do comportamento tabágico defronta-se com uma situação paradoxal. Por um lado, os fumadores referem que fumar os ajuda a relaxar ou a controlar as emoções. Por outro lado, estas pessoas sentem um grau de stresse superior aos não fumadores, particularmente à medida que decorre o momento em que foi fumado o último cigarro. Deste ponto de vista, fumar não torna as pessoas menos ansiosos, irritáveis ou vulneráveis ao aborrecimento mas, pelo contrário, a vulnerabilidade a estas emoções está precisamente relacionada com a diminuição das concentração sanguíneas de nicotina. Assim, será mais correcto considerar que os fumadores regulares experimentam períodos de stresse entre cada cigarro e, ao fumar, normalizam momentaneamente a sensação de desconforto associada à privação. Estas flutuações

emocionais (tensão, stresse, irritação), por seu turno, tendem a ser mais marcadas nos fumadores com maior nível de dependência. Estudando o efeito da cessação tabágica, Parrott (1995) encontrou uma ligeira redução dos níveis do stresse após os primeiros três meses de paragem e, novamente, aos seis meses de abstinência. Da mesma forma, Chassin e associados (2002) descreveram reduções significativas no nível de stresse, em pessoas que pararam de fumar. Apesar dos sintomas de privação poderem provocar um acréscimo temporário de tensão, a manutenção da abstinência leva à estabilização do desconforto emocional inicialmente provocado pela cessação tabágica.

Segundo Johnson e sua equipa (2000), embora as perturbações da ansiedade não estejam associadas ao início do consumo de tabaco entre os adolescentes, na realidade os fumadores mais dependentes apresentam maior risco de desenvolver perturbação por ansiedade generalizada [*odds ratio* (OR) = 5,53], agorafobia (OR = 6,79) e perturbação de pânico (OR = 15,58). Num outro estudo, Breslau e Klein (1999) concluíram que os fumadores, em comparação com os ex-fumadores e não fumadores, têm um risco acrescido de sofrer ataques de pânico. Várias investigações (Goodwin & Hamilton, 2002; Hayward, Killen & Taylor, 1989) têm revelado que as pessoas com ataques de pânico, em comparação com as que não apresentam esta perturbação, têm maior probabilidade de fumar. Alguns estudos têm mesmo sugerido que o consumo de cigarros conduz ao aparecimento de reacções ansiosas (ex. ataque de pânico), através de modificações respiratórias ou de efeitos ansiogénicos induzidos pela nicotina (Dilsaver, 1987; Johnson et al., 2000). Outra hipótese, colocada por Goodwin e Hamilton (2002), apresenta o neuroticismo como uma característica mediadora, ao associar-se simultaneamente aos ataques de pânico e ao tabagismo. O neuroticismo poderia, assim, constituir uma vulnerabilidade comum às duas situações.

3.2. Preditores de cessação e manutenção da abstinência

Por que razão as pessoas conseguem iniciar processos de mudança, mas falham na sua manutenção a médio e a longo prazo? Uma resposta possível é a de que os factores associados à iniciação de um padrão comportamental são diferentes das contingências

que o mantêm (Marlatt, Curry & Gordon, 1988; Rose et al., 1996a). Contudo, a maioria dos modelos e teorias em Psicologia da Saúde (ex. modelo das crenças de saúde, teoria sócio-cognitiva, teoria da acção racional e do comportamento planeado), não levam em consideração este facto. Enquanto as mudanças comportamentais envolvem escolhas entre diferentes alternativas, designadamente através da ponderação dos potenciais benefícios e de expectativas positivas, a manutenção desses comportamentos depende da apreciação dos ganhos associados à mudança e da percepção de satisfação com esses ganhos. Isto quer dizer que as pessoas estão motivadas para manter um comportamento, enquanto valorizarem a mudança efectuada. Este mecanismo de auto-regulação, por si só, contribui para evitar o risco e prevenir a recaída (Rothman, 2000).

Ao estudar os factores associados à cessação e manutenção da abstinência tabágica, é também necessário considerar as diferenças entre as pessoas que tentam parar sem ajuda e aquelas que recorrem a programas de tratamento (Matheny & Weatherman, 1998; Ockene et al., 2000). A maioria das tentativas é feita sem ajuda formal, o que realça a importância de estudar as características associadas a estes comportamentos (Marlatt, Curry & Gordon, 1988; Rose et al., 1996a). Note-se que muitas investigações não fazem distinção entre a paragem assistida e a paragem sem ajuda, o que gera uma grande diversidade de variáveis e critérios, mas também sobreposição de conceitos (Ockene et al., 2000). No decurso desta revisão, sempre que tais distinções se revelarem possíveis e pertinentes, assinalaremos as respectivas especificidades.

Embora a maioria dos estudos sobre factores preditores se centrem nas variáveis relativas à iniciação do tabagismo na adolescência, existe também alguma investigação sobre preditores de cessação tabágica e manutenção da abstinência. Neste domínio, a maior parte dos estudos referem-se aos (1) factores sócio-demográficos e (2) à história do hábito tabágico. As dimensões sócio-cognitivas têm, porém, merecido algum destaque, particularmente (3) a auto-eficácia, (4) a percepção de risco ou (5) o distanciamento em relação ao estereótipo do fumador. Outros factores identificados são (6) a gravidez, (7) as condições de doença física e (8) as características da abordagem terapêutica (ver Quadro VIII).

Quadro VIII. Preditores de cessação e manutenção da abstinência.

Factores sócio-demográficos
História do hábito tabágico
Auto-eficácia
Percepção de risco
Distanciamento em relação ao estereótipo do fumador
Gravidez
Doença física
Abordagem terapêutica

3.2.1. Factores sócio-demográficos

A evolução das taxas de abstinência apresentadas pelo estudo de Framingham (Freund et al., 1992), indica que, em 1982, cerca de 42% das mulheres e 41% dos homens tinham parado de fumar. No caso dos homens, cerca de 7% deixaram de fumar cigarros e passaram a fumar cachimbo ou charuto. Nestes fumadores, a probabilidade de voltarem a consumir cigarros é três vezes maior do que nos seus pares abstinentes. Em termos etários, os fumadores mais velhos têm maior probabilidade de deixar de fumar do que os mais jovens. Por seu turno, as mulheres que fumam menos cigarros por dia manifestam maior capacidade para deixar de fumar. Por cada dez cigarros fumados a menos, as mulheres aumentam a probabilidade de deixar de fumar em 2,1. De modo oposto, as fumadoras com maior consumo de cigarros apresentam maior dificuldade em atingir a abstinência. Apesar desta relação não se verificar nos homens, estes apresentam 1,5 vezes mais probabilidade de parar definitivamente do que as mulheres. Relativamente às pessoas casadas, existe maior probabilidade de pararem, em comparação com as divorciadas ou viúvas, dado confirmado por outros trabalhos (Matheny & Weatherman, 1998).

Um outro estudo prospectivo, realizado entre 1965 e 1987 (USDHHS, 1989), com uma população norte-americana, revela que, em 1965, cerca de 30% dos fumadores pararam e, em 1987, esta percentagem estava próxima dos 45%. Considerando o ano de 1987, 49% dos homens e 40% das mulheres deixaram de fumar. Em termos das diferenças raciais, as taxas de cessação, em 1987, foram de 46% nos caucasianos e 32% nos negros. Nos caucasianos, em 1965, a taxa anual de cessação foi de 72% e, nos negros, de 43%, mas, a partir de 1974, a taxa de redução tornou-se semelhante. Em 1966, aproximadamente 40% dos estudantes universitários tinham cessado o consumo de cigarros. Esta proporção era 20% a 40% maior do que

nos outros grupos sócio-educacionais com menos escolaridade. Todavia, no ano de 1987, a taxa de cessação em estudantes universitários tinha aumentado para 61%, ao passo que o ritmo de crescimento dos ex-fumadores nas faixas sociais sem formação académica, foi mais baixa.

Um estudo prospectivo desenvolvido entre 1980 e 1994, abrangendo 700 jovens adultos que tentaram parar sem ajuda, concluiu que as mulheres, as pessoas com níveis educacionais mais elevados, casadas e que desempenhavam maior número de papéis sociais (i.e. trabalhar, ser casado, ter filhos), tinham mais probabilidade de fazer tentativas para deixar de fumar. Apesar da tendência manifestada pelas mulheres, o sucesso não foi superior ao dos homens (Rose et al., 1996a), facto que pode sugerir uma maior dificuldade das mulheres em pararem (Freund et al., 1992). Ellickson, Tucker e Klein (2001), porém, ao compararem preditores de cessação tabágica em rapazes e raparigas, não encontram diferenças marcadas entre sexos. Marlatt, Curry e Gordon (1988), através de um estudo com 153 pessoas que pararam de fumar sem tratamento, concluem que os homens obtiveram taxas mais elevadas de cessação inicial, do que as mulheres (82% *vs.* 73%). O nível educacional mais elevado, auferir salário acima dos 20,000 USD anuais, a idade mais velha, o menor número de cigarros por dia, constituíram preditores de cessação. Matheny e Weatherman (1998) também confirmam que as pessoas com salários mais elevados (> 30,000 USD) apresentam maior probabilidade de parar de fumar.

No que se refere à influência parental, os adolescentes de ambos os sexos têm maior probabilidade de deixar de fumar, quando os pais desaprovam o tabagismo, mesmo nos casos em que os pais são fumadores. Os adolescentes que experimentam maior desaprovação parental, em relação ao facto de fumar, tendem a ser fumadores mais leves, o que torna mais fácil a cessação. No que se refere ao grupo de amigos, a menor prevalência de hábitos tabágicos constitui um preditor de cessação mais importante do que a sua atitude em relação aos cigarros. Menos amigos fumadores representa uma diminuição dos modelos de fumadores e menor acesso ao tabaco (Ellickson, Tucker & Klein (2001).

Estudando uma coorte de fumadores ao longo de um ano, Lindström e colaboradores (2002) avaliaram as características que distinguiam os fumadores regulares daqueles que pararam ou passaram a fumar de forma irregular. De uma forma geral, os fumadores não eram casados, nem naturais do país onde o estudo se desenvolveu (Suécia), tinham menos anos de educação, viviam em condições

psicossociais menos favoráveis e apresentavam menor participação social (i.e. diversidade de contactos e contextos sociais). Por outro lado, a maior actividade social parece facilitar o processo de cessação, quer porque, nestes casos, o acesso a apoio emocional é facilitado, quer porque a diversidade de contextos sociais constitui uma fonte de conhecimento, inovação e transmissão de valores que afectam o comportamento tabágico. A este propósito, importa considerar que, na Suécia, à semelhança de outros países da Europa e América do Norte, se regista uma forte tendência para a diminuição da popularidade do tabagismo.

3.2.2. História do hábito tabágico

Na história dos ex-fumadores que pararam, recorrendo a programas de cessação, é habitual encontrar uma reduzida exposição ao stresse e a ambientes sociais com fumadores, baixo nível de dependência nicotínica (USDHHS, 1989), menos anos de tabagismo (Matheny & Weatherman, 1998), tentativas prévias para deixar de fumar (Norregaard, Tonnesen & Petersen, 1993) e períodos mais longos de abstinência (Stapleton et al., 1995). Estudos sobre tentativas de cessação não assistidas assinalam características prévias semelhantes, designadamente a não apresentação de um padrão grave de dependência, o fumar há menos anos, o ter poucos amigos ou familiares fumadores e o não viver com fumadores (Marlatt, Curry & Gordon, 1988). Sabe-se, também, que o início do hábito tabágico, numa faixa etária mais tardia, está geralmente associado a menor dependência e a razões diferentes para começar a fumar (Chassin et al., 1990). Inversamente, as pessoas mais dependentes tendem a recair com maior frequência (Ockene et al., 2000).

Rose e colaboradores (1996a), através de um estudo com jovens que tentaram parar sem ajuda, não confirmam o papel desempenhado por variáveis como a idade de iniciação dos hábitos tabágicos, a carga tabágica ou a influência do ambiente, na predição das tentativas para deixar de fumar. Alguns destes factores, contudo, são importantes na manutenção da abstinência a médio prazo (um ano), designadamente a menor carga tabágica (menos de um maço por dia) e a expectativa de já não fumar durante o próximo ano. Ter amigos ou familiares fumadores não apresentou uma relação forte com o sucesso da cessação e o deixar de fumar em razão da pressão social, também não se mostrou eficaz. Por seu turno, reconhecer os aspectos nefastos

do tabagismo implicou um aumento da probabilidade de sucesso. As pessoas empregadas deixaram de fumar com maior frequência, enquanto os restantes papéis sociais não foram úteis na predição de sucesso. Ockene e associados (2000), num estudo sobre a manutenção da abstinência e a recaída em pessoas que pararam sem tratamento, concluem que o único preditor de sucesso, aos seis meses ou mais, é o nível prévio de dependência nicotínica ou o número de cigarros fumados por dia.

Contrariando estes resultados, Matheny e Weatherman (1998) estudaram 263 pessoas integradas num programa de cessação e concluíram que os abstinentes apresentavam as seguintes características: consumo de maior número de cigarros e teores de nicotina mais elevados, tabagismo durante menos anos, menos problemas de saúde e convívio com menor número de fumadores em casa. Neste caso, fumar menos cigarros constitui uma barreira cognitiva para a abstinência, levando as pessoas a considerarem-se menos expostas ao risco. Outros preditores para a manutenção da abstinência a longo prazo foram a prática de exercício físico e o nível de confiança em conseguir não fumar. O número de anos de tabagismo, por seu turno, correlacionou-se positivamente com os diagnósticos de enfisema, hipertensão arterial, doença das artérias coronárias, bronquite crónica e cancro.

Na história do hábito tabágico, é igualmente importante avaliar o consumo de álcool, dado que, nestes casos, os níveis de dependência nicotínica são mais elevados (Hays et al., 1999), bem como a dificuldade em deixar de fumar. Um estudo com 90 fumadores, submetidos a tratamento para o alcoolismo e a uma intervenção breve para cessação tabágica, concluiu que, ao final de seis meses, a taxa de abstinência era tão baixa que, em vez de preditores de abstinência, os autores optaram por estudar factores associados às tentativas de cessação tabágica em alcoólicos (Bobo et al., 1996). Nesta população, o tempo de abstinência alcoólica anterior ao início da cessação tabágica, constituiu um preditor relevante para a manutenção da abstinência nicotínica. Os autores consideraram que os fumadores, com mais tempo de abstinência do álcool possuíam também maior competência para lidar com a abstinência da nicotina. Os fumadores com história recente de cessação alcoólica, por seu turno, tendem a recorrer aos cigarros para lidar com o desejo de beber e a manifestar sintomatologia depressiva mais marcada (Kalman et al., 2002). Em seguimentos ao final de um ano, estas populações apresentam como preditores de cessação, a menor dependência nicotínica avaliada pelo Questionário de Tolerância de Fagerström e menos anos de consumo (Patten et al., 2001). Entre as raparigas

adolescentes fumadoras, o consumo concomitante de substâncias como marijuana constitui uma dificuldade adicional ao processo de cessação tabágica. Esta barreira decorre não apenas da maior carga tabágica que estas jovens tendem a apresentar, mas também da menor quantidade de recursos emocionais de que dispõem (Ellickson, Tucker & Klein, 2001).

3.2.3. Auto-eficácia

A motivação para deixar de fumar e a expectativa de ser capaz de superar as dificuldades inerentes ao processo de cessação, constituem indicadores de eficácia. Comparados com os ex-fumadores que recaem ao final de um ano, aqueles que se mantêm abstinentes apresentam um nível mais elevado de motivação, confiança em si e um compromisso mais forte com o seu objectivo (Marlatt, Curry & Gordon, 1988; Ockene et al., 2000). Entre os doentes cardíacos (i.e. enfarte do miocárdio ou cirurgia *bypass*), por exemplo, a intenção de deixar de fumar ou a confiança na capacidade para alcançar este objectivo associa-se à abstinência (Rigotti, McKool & Shiffman, 1994). Ao avaliar a eficácia de um programa de cessação para doentes cardíacos, Meland, Maeland e Laerum (1999) concluíram que, das diversas variáveis estudadas, a auto-eficácia foi a única capaz de predizer a paragem dos hábitos tabágicos e o aumento da actividade física. Num sentido inverso, a intensidade do desejo de fumar, após a cessação, associa-se à recaída a longo prazo (Killen et al., 1992).

3.2.4. Percepção de risco

A percepção do risco, bem como dos benefícios associados à mudança de comportamentos, estão relacionados com a procura de cuidados de saúde. Neste sentido, os fumadores que reconhecem o perigo associado ao tabagismo e valorizam estilos de vida saudáveis têm maior probabilidade de tentar parar de fumar (Rose et al., 1996a). É habitual, contudo, os fumadores protegerem-se da ansiedade provocada pela percepção de risco. No caso dos fumadores mais dependentes (≥ 40 cigarros por dia), mesmo quando sujeitos a vários riscos cardiovasculares (ex. hipertensão arterial, sintomas de angina, história familiar de enfarte), é comum notarem-se enviesamentos

optimistas que contribuem para negar o aumento do risco de sofrer doenças graves, como o enfarte do miocárdio.

No domínio da percepção de risco, porém, as conclusões também são contraditórias e, segundo Ayanian e Cleary (1999), os fumadores mais dependentes tendem a reconhecer com maior facilidade a sua vulnerabilidade para sofrer enfarte ou cancro, em comparação com os fumadores leves (1-19 cigarros por dia). Ellickson, Tucker e Klein (2001) sugerem que os adolescentes fumadores que consideram ter uma saúde débil, apresentam maior probabilidade de deixar de fumar, em resultado da consciência que têm das consequências negativas do tabagismo. Os fumadores acima dos quarenta e quatro anos de idade e sem formação académica, por seu turno, manifestam maior dificuldade em reconhecer um aumento do risco de desenvolver cancro, ao passo que os fumadores acima dos sessenta e quatro anos de idade revelam menor propensão para reconhecer o risco de enfarte (Ayanian & Cleary, 1999).

Num outro trabalho desenvolvido por Gibbons, McGovern e Lando (1991), 86% dos fumadores que participaram num programa de cessação tabágica iniciaram o tratamento com uma elevada percepção de risco. Gradualmente, notou-se um decréscimo significativo dessa percepção, particularmente notória nos participantes que acabaram por recair. Nestas pessoas, a mudança foi significativa, o que sugere não apenas a existência de um efeito de negação patológica do risco, mas também o recurso a um mecanismo para reduzir a dissonância cognitiva. Assim, enquanto a elevação da percepção de risco se associa à adopção de acções preventivas, o seu declínio parece estar envolvido na recaída. Se é mais habitual as pessoas tentarem parar de fumar, quando a percepção de risco é elevada, a motivação para deixar o tabaco, entre aqueles que recaem, é baixa, acompanhando uma menor sensação de vulnerabilidade.

3.2.5. Distanciamento em relação ao estereótipo do fumador

As representações e imagens relativas a um comportamento (ex. fumar, beber), constituem indicadores fiáveis da probabilidade que as pessoas têm de adoptá-lo. Uma representação positiva tende a associar-se à intenção de adoptar ou aumentar um determinado comportamento, ao passo que uma imagem negativa revela propensão

para a demarcação e distanciamento em relação a essa conotação. Assim, as pessoas compreendem que, ao adoptarem certos comportamentos sociais, serão identificadas como membros de determinado grupo. No caso do tabagismo, a pessoa interessada em parar tenderá a valorizar indícios no seu comportamento que servem para a distinguir do fumador típico, à medida que a imagem positiva associada ao tabagismo vai declinando. Nos fumadores rodeados por uma rede de pessoas que também fumam (i.e. amigos e familiares), o processo de distanciamento é menos significativo, razão por que o protótipo do fumador deixa de constituir um factor de motivação para a mudança. Apesar dos adultos terem, em geral, uma imagem negativa do tabagismo, ela é mais favorável nas pessoas que fumam, do que nos não fumadores (Gerrard et al., 2005; Gibbons & Eggleston, 1996).

Gibbons e associados (1991) avaliaram a influência que o estereótipo do fumador exerce ao longo do processo de cessação tabágica. A investigação concluiu que a representação que um fumador tem em relação aos seus pares se torna gradualmente mais negativa e menos congruente com a imagem de si próprio, à medida que decorre o processo de cessação. Esta mudança foi especialmente notória nas pessoas que se mantiveram abstinentes nos seis meses após a data de paragem. Uma justificação encontrada pelos autores realça o esforço activo dos ex-fumadores em distanciarem-se do protótipo de fumador. A alteração desta representação nos ex-fumadores, voltou a ser confirmada por outra investigação de natureza semelhante (Gerrard et al., 2005; Gibbons & Eggleston, 1996). De forma contrária, manter uma imagem positiva em relação ao estereótipo do fumador, antes de iniciar um programa de cessação, interfere no sucesso da tentativa. É curioso notar que, enquanto os estereótipos negativos têm o poder de promover acções preventivas, os modelos de saúde positivos (ex. atletas, ex-fumadores) geralmente não exercem essa influência sobre o comportamento (Gerrard et al., 2005; Gibbons & Eggleston, 1996).

Numa outra linha de investigação, Gerrard e sua equipa (2005) demonstram que, quando os fumadores são confrontados com a possibilidade de escolher entre integrar um grupo de cessação, composto por pessoas com dificuldade em parar de fumar e pessoas sem tal dificuldade, essa opção revela valor preditivo. Ao escolher grupos com fumadores que estão a enfrentar mais problemas, a pessoa opta por modelos menos positivos e níveis de comparação com menor exigência, diminuindo o distanciamento em relação ao estereótipo do fumador e aumentando a probabilidade de recaída. Pelo contrário, ao comparar-se com outros fumadores que estão a ter

sucesso na sua cessação, a pessoa pode implicar-se numa luta por objectivos mais ambiciosos, com consequências benéficas na manutenção da abstinência. Assim, intervenções clínicas que promovam estratégias para identificação, com modelos não-fumadores, podem ajudar a lidar com o processo de desabituação nicotínica.

3.2.6. Gravidez

A gravidez constitui um factor de motivação para a cessação tabágica. Neste sentido, o reconhecimento dos efeitos adversos do tabagismo sobre a saúde do feto, contribui para que 30% a 40% das mulheres parem de fumar, ao tomarem conhecimento de estarem grávidas (Floyd et al., 1993). Níveis baixos de percepção do stresse e de sintomas depressivos também se associam a uma probabilidade maior de cessação tabágica, no início da gravidez. É possível que, entre os abstinentes, a diminuição do nível de stresse se deva precisamente ao facto de estas mulheres terem parado de fumar e, por inerência, estarem menos preocupadas com os malefícios do tabaco (Ludman et al., 2000). Por outro lado, as mulheres com sintomas de depressão, sujeitas a situações de stresse ou que não desejam ser mães tendem a manter o hábito de fumar durante a gravidez. Em geral, as grávidas que não conseguem parar são mais velhas, apresentam maior dependência nicotínica, mais anos de tabagismo e menor confiança na sua capacidade para parar (Floyd et al., 1993; Ludman et al., 2000). No caso das mulheres que continuam a fumar depois da fase inicial da gravidez, a dependência da nicotina constitui uma barreira mais forte do que a depressão ou o stresse.

Num estudo de coorte, realizado por Kahn, Certain e Whitaker (2002), com 8285 mulheres, investigaram-se os factores associados ao tabagismo antes, durante e depois da gravidez. Concluiu-se que as mulheres com um estatuto educacional mais baixo apresentam menor probabilidade de parar de fumar e maior propensão para recair. Verificou-se igualmente uma forte relação entre a presença de fumadores em casa e o risco de recair após o parto, como consequência da alta exposição a pistas ambientais relacionadas com o tabaco. Este estudo indicou que dar à luz um bebé com baixo peso, constitui um factor de recaída, facto que se associa precisamente ao stresse provocado pelo nascimento de uma criança nestas circunstâncias. Curiosamente, a amamentação não contribuiu para diminuir a recaída. Segundo

Lawson (1994), as adolescentes que mais receiam as dores provocadas pelo trabalho de parto consideram que fumar pode constituir uma forma de dar à luz bebés mais pequenos, com menos dor e através de um parto mais rápido.

3.2.7. Doença física

Doenças do aparelho circulatório

Os doentes com história de enfarte do miocárdio ou que foram submetidos a cirurgia para colocação de *bypass* enfrentaram uma ameaça grave à sua vida. Comparativamente à situação de cirurgia, o enfarte provoca maior impacto na disponibilidade para deixar de fumar, devido ao carácter mais ameaçador e inesperado de que este episódio agudo de doença se reveste (Rigotti, McKool & Shiffman, 1994). De uma forma geral, a taxa de cessação tabágica nos doentes cardíacos é elevada, variando entre 35% e 75% (Hasdai et al., 1998), embora uma parte das investigações apontem para valores médios próximos dos 50% (Bennett et al., 1999; Berkel, Vlugt & Boersma, 2000; Rigotti, McKool & Shiffman, 1994). Nestes contextos de doença, a adopção de comportamentos preventivos parece ser mais alargada, envolvendo também hábitos alimentares saudáveis e aumento da actividade física (Bennett et al., 1999). Contudo, apesar da taxa de cessação tabágica ser elevada, podemos colocar a questão de uma outra forma, ou seja, por que razão cerca de metade dos doentes fumadores mantêm o seu hábito, mesmo depois de passar por uma situação grave de doença? Segundo Berkel e associados (1999, 2000), os doentes que foram submetidos a intervenções para tratamento de doença coronária (ex. cirurgia) desenvolvem a crença de estar curados, subestimando, deste modo, a importância de manter a abstinência. Esta perspectiva não é partilhada por outros autores (Brummett et al., 2002), dado que os doentes submetidos a cirurgia *bypass* apresentam maior propensão para deixar de fumar, precisamente por reconhecerem a gravidade da sua condição de saúde.

Com o objectivo de avaliar o impacto dos eventos coronários na cessação de hábitos tabágicos, Trigo e Rocha (2002) comparam uma amostra de doentes coronários e pessoas que apresentavam outra doença cardíaca. O estudo revelou uma relação entre o tabagismo e a doença das artérias coronárias, existindo maior proporção de ex-fumadores entre os doentes com enfarte do miocárdio. A história de

enfarte do miocárdio constituiu um momento intenso de sofrimento e crise, em que o doente se mostrou particularmente receptivo à cessação dos hábitos tabágicos. Com base na população estudada, admite-se que estas janelas de oportunidade devem ser aproveitadas pelos técnicos de saúde, pois a vivência da doença e a percepção da vulnerabilidade, a ameaça à integridade física e o receio de voltar a adoecer tornam a pessoa especialmente motivada e empenhada para adoptar estilos de vida saudáveis. Nesta altura, o aconselhamento e a informação sobre as vantagens associadas ao deixar de fumar, bem como o reforço da motivação, são determinantes na adopção de comportamentos preventivos.

Rigotti, McKool e Shiffman (1994) estudaram uma amostra de doentes cardíacos durante doze meses e concluíram que o menor número prévio de tentativas para deixar de fumar, a intenção genuína de parar após a cirurgia, a menor dificuldade em manter-se sem fumar, durante o período de hospitalização e apresentar pelo menos uma semana de abstinência na data da cirurgia, constituem indicadores de cessação. Aos cinco anos e meio de seguimento, apenas a intenção genuína de parar e ter menos de três tentativas anteriores tiveram valor preditivo. O tempo de permanência nos cuidados intensivos, o internamento por enfarte do miocárdio, ausência de história anterior de doença coronária, ter emprego (Quist-Paulsen & Gallefoss, 2003), a gravidade da doença (Brummett et al., 2002), sofrer de angina instável (comparativamente a angina estável) e a menor gravidade da dependência tabágica são igualmente factores associados à cessação (Hasdai et al., 1998).

Berkel, Vlugt e Boersma (2000), comparando doentes hospitalizados por enfarte do miocárdio, fumadores e não fumadores, concluíram que no grupo de fumadores as pessoas eram, em média, dez anos mais novas (59 *vs.* 69 anos de idade), maioritariamente do sexo masculino (79% *vs.* 63%), com níveis mais elevados de colesterol, menos casos de diabetes (8% *vs.* 15%), maior actividade física tinham enfartes mais graves e períodos de hospitalização mais longos. Em termos do perfil psicológico, no momento do internamento, não foram encontradas diferenças entre fumadores e não fumadores. Três meses após o internamento, os doentes que continuaram a fumar eram mais jovens, fumavam maior número de cigarros por dia na data do internamento, as hospitalizações prévias tinham sido mais breves, o número de procedimentos de revascularização foi menor, a ansiedade, depressão, fadiga, ira, tensão e perturbações do humor mais marcadas, socialmente eram pessoas com maior isolamento e viviam em ambientes com familiares ou amigos fumadores.

A maior parte dos doentes que pararam de fumar foram submetidos a angioplastia, receberam mais apoio por parte do cônjuge, amigos, colegas e/ou médico e manifestaram níveis mais significativos de auto-eficácia. Paradoxalmente, aos quatro anos de seguimento, a taxa de mortalidade foi menor entre os fumadores (20% *vs.* 40%). Deve, porém, notar-se que, em média, os fumadores sofreram o enfarte do miocárdio dez anos mais cedo do que os não fumadores. A propósito das variáveis psicológicas associados à manutenção de hábitos tabágicos em doentes cardíacos, Brummett e associados (2002) incluem a hostilidade como um preditor relevante. No que se refere aos factores sócio-demográficos, Rigotti, McKool e Shiffman (1994) não encontram diferenças entre os doentes cardíacos fumadores e não fumadores, designadamente quanto à história de doença, gravidade da doença cardíaca, tipo de internamento hospitalar, suporte social, número de amigos e familiares fumadores ou atitude perante o tabagismo.

Apesar dos doentes cardíacos conhecerem os malefícios associados ao tabagismo, tal como os benefícios da cessação, o ritmo de recaída neste grupo de doentes é bastante marcado. O *Study of Perioperative Ischemia* (Simon et al., 1992), por exemplo, onde se avaliaram doentes hospitalizados por patologia cardíaca grave (ex. doença das artérias coronárias, doença arterial periférica, falha cardíaca congestiva), mas que não foram submetidos a cirurgia cardíaca ou a intervenção para cessação tabágica, aponta uma taxa de recaída de 76%, aos doze meses. Num outro estudo prospectivo (Rigotti, McKool & Shiffman, 1994), com doentes sujeitos a cirurgia *bypass*, a taxa de recaída aos cinco anos e meio foi de 50%, valor semelhante ao encontrado por Berkel, Vlugt e Boersma (2000). Entre os doentes fumadores com maior probabilidade de recair, destacaram-se os que apresentavam maior dependência de substâncias, avaliada quer pelo número de maços de tabaco por ano, quer pela dependência concomitante de álcool (Simon et al., 1992). Como é natural, os pacientes cardíacos que mantêm o hábito tabágico, apresentam pior prognóstico, enquanto aqueles que deixam de fumar reduzem a taxa de re-enfarte e mortalidade, em aproximadamente 35% (Berkel et al., 1999).

Um aspecto igualmente relevante na predição dos hábitos tabágicos, em doentes cardíacos, relaciona-se com a afectividade negativa. Os estudos apontam para que uma parte substancial dos doentes hospitalizados, por enfarte do miocárdio, sofram sintomas graves (18%) ou moderados (27%) de depressão (Schleifer et al., 1989). Estes sintomas, por seu turno, interferem no prognóstico e recuperação pós-enfarte

(Frasure-Smith, Lespérance & Talajic, 1995), mas também na capacidade para cessar os hábitos tabágicos (Huijbrechts et al., 1996). Um estudo em que se avaliou o papel da personalidade (ex. neuroticismo, somatização, rigidez, auto-estima, hostilidade, ira, vitalidade, depressão, ansiedade) na modificação dos hábitos tabágicos, em doentes com enfarte do miocárdio, concluiu que os fumadores que não conseguiam parar, manifestavam níveis de depressão e ansiedade mais intensos do que os ex-fumadores e os não fumadores. Entre os fumadores jovens, predominaram os sintomas depressivos, sobre os ansiosos, ao passo que, nos fumadores mais velhos, ocorreu uma relação inversa (Huijbrechts et al., 1996). O papel da depressão e da ansiedade na manutenção dos hábitos tabágicos em doentes cardíacos é, aliás, confirmada por outros estudos (Brummett et al., 2002). Nestes doentes, a história de depressão grave constitui também um condicionamento para o sucesso na manutenção da abstinência (Berkel et al., 1999).

Doenças do aparelho respiratório

O estudo de Framingham (Freund et al., 1992) revelou que o desenvolvimento de doenças das artérias coronárias (DAC) e a consequente hospitalização foi preditora de cessação, ao passo que o diagnóstico de cancro ou as alterações no FEV_1 (*forced expiratory volume in one second*), resultantes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), não se associaram à interrupção no consumo de cigarros. Este trabalho sugere que os sintomas agudos, tais como a dor no peito ou situações que exigem hospitalização, facilitam mais a cessação tabágica do que as condições insidiosas ou crónicas, como é o caso da DPOC. Por outro lado, a percepção que os doentes têm em relação aos benefícios de deixar de fumar, constitui um preditor de cessação importante. Este aspecto poderá explicar a maior tendência dos doentes coronários deixarem de fumar e, consequentemente, melhorarem a sua probabilidade de sobrevivência. Por seu turno, para alguns doentes oncológicos e doentes com patologia respiratória crónica ou terminal, deixar de fumar é encarado como tendo pouco impacto sobre o prognóstico da sua doença, facto que diminui a probabilidade de parar.

Uma investigação desenvolvida por Sachs (1984) revela que os doentes pulmonares obstrutivos crónicos, inseridos em programas de cessação tabágica, apresentam taxas de abstinência mais baixas e níveis mais elevados de dependência

nicotínica, do que os fumadores saudáveis. Um estudo multicêntrico, desenvolvido em sete regiões de Espanha que teve objectivos semelhantes à investigação de Sachs (1984), também revelou que os fumadores com DPOC apresentam maior dependência física de nicotina e níveis mais elevados de monóxido de carbono no ar exalado. Nesta população, o padrão de consumo caracteriza-se por maior volume e profundidade de inalação do fumo e, portanto, exposição mais elevada dos alvéolos pulmonares às substâncias oxidantes associadas à evolução da DPOC. Os fumadores com maior probabilidade de sofrer DPOC são homens, com idade superior a quarenta e seis anos, nível educacional mais baixo, consumos acima dos trinta maços de tabaco por ano, em fases de pré-contemplação. O facto de os fumadores mais escolarizados associarem o início dos sintomas respiratórios ao tabagismo, adoptando medidas preventivas mais cedo, poderá explicar a menor incidência de DPOC nesta faixa populacional. Inversamente, as populações desfavorecidas tendem a apresentar condições gerais de saúde menos favoráveis e dietas menos equilibradas (Jiménez-Ruiz et al., 2001).

Um estudo de coorte (Godtfredsen et al., 2001) que teve por objectivo identificar preditores de redução ou cessação tabágica, sem recurso a ajuda clínica, identificou dados um pouco contraditórios com as investigações anteriores. Os autores sugerem que as reduções tabágicas mais significativas ocorreram nos fumadores com consumos de tabaco elevados ($\geq$ 25 *gr*/dia), especialmente nas pessoas com função pulmonar mais gravemente afectada ($FEV_1 < 50\%$). Este resultado foi confirmado por uma investigação posterior dos mesmos investigadores (Godtfredsen et al., 2002). Outros preditores de redução, entre as mulheres, incluíram viver sozinha e fumar diferentes produtos do tabaco (ex. cigarrilhas, cachimbo), ao passo que, nos homens, foi mais significativo a idade superior a 59 anos e o excesso de peso (índice de massa corporal > 25). Variáveis como os anos de tabagismo, sintomas de asma e dor no peito, em repouso ou durante o exercício, não se associaram à redução ou cessação tabágica. O único factor preditor comum à redução e à cessação tabágica foi a deterioração grave da função pulmonar, devendo salientar-se que a perturbação pulmonar ligeira não afectou os hábitos tabágicos. Este facto sugere que os fumadores pesados podem reduzir a sua carga tabágica, simplesmente porque não conseguem continuar a fumar a mesma quantidade de cigarros.

Estudando uma população de doentes com patologia respiratória superior (i.e. tosse e dor de garganta) e inferior (i.e. asma, bronquite, DPOC, enfisema e

pneumonia), observada em serviços de urgência, Bock e colaboradores (2001) concluíram que os doentes com patologia respiratória superior tinham maior probabilidade de não apresentarem hábitos tabágicos (63% *vs*. 49%, respectivamente) e que a percepção dos riscos associados ao tabagismo foi mais elevada nos fumadores com maior carga tabágica. Em comparação com os não fumadores, os doentes fumadores eram, em média, onze anos mais novos e viviam com pessoas que fumavam. Entre os fumadores, a maioria mostrou-se receptiva a dialogar sobre os seus hábitos tabágicos, embora os clínicos apenas tenham oferecido uma intervenção breve[51], inconsistente ou incompleta. Deve notar-se que esta oportunidade de intervenção pode ser de extrema utilidade, para relacionar os sintomas actuais da doença respiratória, com o hábito tabágico.

No que se refere ao papel dos sintomas de asma na cessação tabágica, Eisner e colegas (2000) concluíram que a maioria dos preditores são comuns aos da população em geral. Factores específicos como a idade de início da asma ou a história de remissão dos sintomas, não influenciaram os hábitos tabágicos. Entre as variáveis estudadas, apenas o início dos sintomas de asma, durante a adolescência, se relacionou com a menor duração da experiência de tabagismo. Segundo os autores, o facto de os sintomas de asma terem começado num momento próximo ao início do tabagismo, pode contribuir para uma cessação mais rápida. Este dado, aliás, remete-nos para o "efeito do fumador saudável", segundo o qual as pessoas que iniciam e mantêm hábitos tabágicos regulares, são as que apresentam melhor função pulmonar e menos sintomas respiratórios. Em comparação, aqueles que deixam de fumar são, geralmente, fumadores que já começaram a notar limitações e sintomas físicos de desconforto provocados pelos cigarros.

[51] A intervenção breve na desabituação tabágica (± 3 minutos) é designada pelos cinco A's (Fiore et al., 2000), habitualmente desenvolvida a partir dos cuidados de saúde primários. Cada "A" refere-se a uma acção clínica desenvolvida pelo médico de família junto do doente: *ask* / perguntar sobre a existência de hábitos tabágicos, *advice* / aconselhar a paragem, *assess* / avaliar a motivação para parar, *assist* / ajudar na cessação, *arrange* / assegurar acompanhamento. Embora os cinco A's sejam incluídos no grupo das abordagens breves, existem outras estratégias deste tipo como o concurso *Quit & Win* (Pare e Ganhe) que consiste num programa baseado em incentivos financeiros, sorteados entre os participantes abstinentes ao longo de um determinado período de tempo (Lando, Pechacek & Fruetel, 1994). Os cinco A's distinguem-se das intervenções intensivas, dado estas exigirem maior especialização em desabituação tabágica, maior número de sessões, geralmente organizadas em programas com vários componentes (ex. controlo e extinção de estímulos, reformulação cognitiva, técnicas para lidar com o desejo e as tentações, relaxamento, substituição nicotínica, prevenção da recaída) e são geridas por equipas multidisciplinares, nas quais, simultaneamente, se desenvolvem actividades de investigação (Fiore et al., 2000).

Outras doenças físicas

Como se torna evidente através da revisão efectuada, o impacto da doença cardíaca e da DPOC na adopção de comportamentos preventivos, particularmente na cessação tabágica, tem sido estudado com alguma intensidade. Actualmente, é relativamente consensual que a gravidade da doença e as hospitalizações mais longas, constituem factores potentes de motivação para a mudança. Além destas situações, existem outros quadros de doença crónica (ex. cancro, diabetes *mellitus*) e aguda (ex. infecções respiratórias, cirurgia) que também colocam a oportunidade de intervir ao nível da alteração na percepção de vulnerabilidade e risco ou mesmo da cessação tabágica. Apesar da diversidade de publicações ser menor nestes contextos de doença, a importância que representam para a intervenção dos técnicos de saúde justifica que se dedique atenção a estas investigações.

- **Cancro.** À semelhança do que ocorre em outros quadros de doença, o diagnóstico e tratamento de um cancro constitui uma oportunidade para reforçar a motivação em adoptar medidas preventivas. Num estudo de Gritz e associados (1993), onde se avaliou a eficácia de um programa de cessação tabágica desenvolvido junto de doentes oncológicos, os autores identificaram como factores de cessação a gravidade da doença, o nível de invasão dos tratamentos, a duração da hospitalização e a prontidão para a mudança. Curiosamente, o aconselhamento mais intensivo não resultou num aumento da taxa de sucesso, considerando que a maioria dos doentes parou de fumar depois de conhecer o diagnóstico. Os autores sugerem que o impacto emocional e o confronto com a doença tenham constituído um factor de mudança mais importante do que a própria intervenção.

  No âmbito do *Childhood Cancer Survivors Study* que incluiu 9709 pessoas tratadas na infância por doença oncológica, Emmons e colaboradores (2002) investigaram retrospectivamente os preditores de iniciação e cessação tabágica. Cerca de 23% dos jovens seguidos aos dezoito anos de idade, tinham fumado alguma vez na vida e 17% era actualmente fumador. Apesar da elevada taxa de hábitos tabágicos, estes jovens tinham maior probabilidade de cessar o consumo do que os seus pares sem história de doença oncológica. De uma forma geral, as pessoas com história de doença manifestaram consciência dos riscos de fumar, embora o conhecimento sobre a sua maior vulnerabilidade

(pulmonar, cardíaca e vascular) fosse insuficiente para evitar por completo o tabagismo. Entre as pessoas que continuaram a fumar, a negação e a percepção de invulnerabilidade, em consequência de terem sobrevivido à doença, poderá estar na base desta opção. Os autores identificaram, igualmente, um risco acrescido de manutenção do hábito de fumar, nas pessoas que iniciaram o consumo mais cedo, naqueles que apresentam níveis educacionais baixos e que tinham sido submetidas a terapia por irradiação no cérebro. De uma maneira geral, porém, os doentes que receberam este tipo de tratamento tinham menor probabilidade de começar a fumar, talvez pelas maiores restrições dos ambientes em que viviam, designadamente devido à vigilância parental. Contudo, nas situações em que o consumo se iniciou, a probabilidade de cessação tornou-se mais reduzida, facto que se poderá justificar por um nível mais acentuado de disfunção cognitiva.

- **Diabetes *mellitus*.** A combinação do hábito tabágico com a diabetes constitui um risco acrescido para a incidência de doenças cardiovasculares, doença arterial periférica, bem como para o desenvolvimento de neuropatias, retinopatias e nefropatias (Ruggiero et al., 1999). Apesar deste acréscimo de risco, alguns estudos indicam que os diabéticos apresentam a mesma prevalência de tabagismo que os não-diabéticos (Haire-Joshu, Glasgow & Tibbs, 1999). Comparando os diabéticos insulino-dependentes (tipo I) com os não insulino-dependentes (tipo II), parece verificar-se a mesma taxa de tabagismo (Ford et al., 1994), embora, num trabalho de Ruggiero e associados (1999), estes resultados sejam contrariados. Segundo estes autores, por um lado, o hábito tabágico é mais prevalecente nos diabéticos tipo I, em comparação com os diabéticos tipo II (50% *vs.* 24%), por outro lado, a proporção de ex-fumadores diabéticos é maior do que na população em geral (73% *vs.* 50%). No conjunto dos diabéticos fumadores, 57,8% estavam em pré-contemplação, 35,1% em contemplação e apenas 7,1% se encontravam em preparação, embora a maioria (84,8%) tenha recebido aconselhamento médico para deixar de fumar. É importante realçar que, dos doentes não submetidos a aconselhamento, 85% estavam em fase de pré-contemplação, enquanto apenas 53% dos que beneficiaram dessa abordagem se encontravam nesse estádio de mudança. Este

facto revela o impacto que a intervenção dos técnicos pode ter no processo de mudança e prontidão para a cessação.

O tabagismo está igualmente relacionado com o desenvolvimento da diabetes. O *Nurses' Health Study* (Rimm, Manson & Stampfer, 1993), uma investigação prospectiva que incluiu 114.247 mulheres, seguidas durante oito anos, concluiu que fumar mais que vinte e quatro cigarros por dia se associou ao aumento do risco relativo de sofrer de diabetes tipo II (RR = 1,42). Uma investigação da autoria de Targher e colaboradores (1997), mostram que os fumadores com diabetes tipo II apresentam um agravamento da resistência à insulina, em comparação com os seus pares não fumadores. Apesar de os fumadores diabéticos terem consciência do impacto negativo que o tabagismo provoca no curso da sua doença, aqueles que têm menos motivação e confiança na sua capacidade de parar tendem a considerar os cigarros úteis na gestão da sua doença, a achar que deixar de fumar pode ter consequências negativas na diabetes ou a pensar que as pessoas significativas prestariam pouco apoio a uma tentativa para cessar o consumo (Haire-Joshu et al., 1994).

- **Cirurgia.** Os fumadores tendem a apresentar um risco aumentado de sofrer complicações pós-cirurgia, designadamente de natureza pulmonar, cardiovascular, infecções ou dificuldade na cicatrização. É sabido, porém, que a cessação tabágica no período peri-operatório apresenta eficácia na redução destes riscos, sendo recomendada uma paragem seis a oito semanas antes da cirurgia. Um estudo com fumadores submetidos a cirurgia da anca e joelho, inseridos num grupo de cessação tabágica, demonstrou que os doentes com maior probabilidade de parar eram homens que tinham maior acesso a apoio social. Os doentes com menor incidência de complicações, não fumavam, praticavam actividade física regular (> 4 horas semanais) e possuíam mais habilitações académicas. Uma das explicações para a relação entre as complicações pós-cirurgia e o estatuto educacional, é a maior prevalência de tabagismo nas faixas populacionais com menor diferenciação educacional (Moller et al., 2003).
- **Serviços de Urgência.** No passado, não se considerou pertinente a abordagem da dependência nicotínica, nas situações agudas que requerem intervenção médica urgente. Têm-se, todavia, notado transformações nesta

perspectiva, no sentido de aproveitar os serviços de urgência para desenvolver diversas intervenções de índole preventiva, num momento em que as consequências negativas de fumar, por exemplo, se podem tornar particularmente evidentes (Boudreaux et al., 2005). Estima-se que cerca de doze milhões de americanos recorram anualmente aos serviços de urgência, com infecções respiratórias e que 20% a 41% destes doentes sejam fumadores (Bock et al., 2001). Segundo Boudreaux e coaboradores (2005), 72% dos fumadores atendidos neste contexto tentaram parar de fumar no último ano e um terço deles pretendia ser encaminhado para programas de desabituação. Entre os 539 doentes admitidos em quatro serviços de urgência da região de Boston, os autores apuraram que 26% dos pacientes eram fumadores, cifra ligeiramente superior à média da população norte-americana (23%). No grupo de fumadores, a idade, o nível escolar e salarial, a taxa de pessoas com médico de família e com seguro de saúde, foram mais baixos. Nos Estados Unidos da América, esta é precisamente a faixa populacional que apresenta maior tendência para recorrer aos serviços de urgência e a resistir mais à cessação dos seus hábitos tabágicos. Este conjunto de dados realça a importância que poderá ter a abordagem da dependência nicotínica neste tipo de serviços (Bock et al., 2001).

3.2.8. Abordagem terapêutica

A eficácia da abordagem terapêutica na cessação dos hábitos tabágicos é mediada por características intrínsecas aos fumadores, mas também pelas características e componentes terapêuticas que compõem esses programas. Entre os critérios que identificam quais os fumadores que beneficiam de cuidados mais prolongados e intensos, destacam-se a gravidade da dependência (≥ 20 cigarros/dia, primeiro cigarro < 30 minutos após acordar), o maior número de recaídas, ser do sexo feminino, os sintomas de privação em tentativas anteriores, o início precoce do consumo (< 17 anos de idade), viver com fumadores, preocupação acentuada com o ganho ponderal, pessoas que fumavam habitualmente em situações de tensão e raramente em contextos positivos ou neutros e ter história de depressão, disforia, abuso de álcool ou de outras drogas (Lillington, Leonard & Sachs, 2000; Pomerleau, Adkins & Pertschuk, 1978).

Quanto aos aspectos que afectam a eficácia dos programas de desabituação nicotínica, salientam-se a fase de mudança em que o fumador inicia o tratamento, o nível de personalização da abordagem, o contacto face-a-face, o número de técnicas usadas no programa (programas multicomponentes[52]), a capacidade do fumador cumprir com as indicações terapêuticas (ex. fazer registos diários dos cigarros fumados), a relação dose-resposta patente no aconselhamento (4-7 sessões, de 20-30 minutos cada), o uso da terapia de substituição nicotínica (durante 6-8 semanas), o seguimento pós-alta e a composição multidisciplinar das equipas clínicas (Pomerleau, Adkins & Pertschuk, 1978; Schwartz, 1991; Tsoh et al., 1997; Viswesvaran & Schmidt, 1992). Note-se que um dos preditores mais importantes para o sucesso da cessação é a capacidade de seguir as indicações terapêuticas. Inversamente, os fumadores que não aderem às instruções terapêuticas e às tarefas para realizar em casa, apresentam pior prognóstico, devendo ser identificados, precocemente, e encaminhados para abordagens motivacionais (Pomerleau, Adkins & Pertschuk, 1978).

3.3. Preditores de recaída

Apesar dos programas de cessação tabágica atingirem taxas de sucesso à volta dos 66% a 100%, a taxa de recaída, no final do primeiro ano, é igualmente elevada, afectando 60% a 80% das pessoas (Shiffman, 1985). Fiore e associados (1994) confirmam estes valores, ao registarem taxas de recaída que rondam os 70% e 80%, em pessoas seguidas aos seis e doze meses, respectivamente. Um estudo clássico, realizado por Hunt, Barnett e Branch (1971), onde se compararam as taxas de recaída em pessoas com história de dependência de nicotina, heroína e álcool, revelou o elevado nível de recaída nestas populações, particularmente entre os fumadores. Num outro estudo, Chen e Kandel (1995) compararam as taxas de cessação no consumo de tabaco e de cocaína, tendo verificado que, aos vinte e nove anos de idade, apenas 41,2% dos homens e 43,6% das mulheres tinham parado de fumar, enquanto 63,5% e 70,6% dos cocainómanos, respectivamente, tinham abandonado o uso da substância.

[52] As intervenções multicomponentes baseiam-se no princípio segundo o qual o tabagismo é influenciado, simultaneamente, por factores fisiológicos, psicológicos e sociais. Por esta razão, a eficácia da cessação tabágica depende do uso simultâneo de estratégias dirigidas a cada um destes níveis (Ockene et al., 2000).

A maior taxa de recaída entre os fumadores poderá dever-se à facilidade de acesso aos cigarros, à frequente exposição ao estímulo, à maior aceitação social do tabagismo, à baixa pressão social para deixar de fumar, à legalidade do seu consumo ou ao facto de o tabagismo não interferir de forma tão significativa no funcionamento cognitivo-emocional e no desempenho das actividades quotidianas.

Apesar das taxas de recaída serem elevadas, a maior parte das intervenções na área da dependência de substâncias, designadamente os programas de cessação tabágica, não incluem componentes de prevenção da recaída (Ramsay & Hoffmann, 2004). Os estudos de meta-análise sobre a eficácia da terapia em prevenção da recaída, realçam o valor destas técnicas na redução do consumo de substâncias e na melhoria do ajustamento psicossocial (Irvin et al., 1999). Um programa desenvolvido com estudantes pré-graduados, em que se combinaram técnicas de cessação tabágica e prevenção da recaída, envolvendo psicoeducação, treino para lidar com as pistas ambientais para fumar, gestão do stresse, estratégias de confronto em situações sociais, nutrição, actividade física e suporte de um grupo de pares, obtiveram uma taxa de abstinência de 63,3%, aos quatro meses (Ramsay & Hoffmann, 2004). Outros dados empíricos (Carroll, 1996; Curry & McBride, 1994), embora confirmem a validade desta terapia, sugerem a inexistência de uma melhoria significativa das taxas de abstinência, quando comparadas às obtidas com outros tratamentos. É ainda possível encontrar referência à baixa eficácia dos programas de prevenção da recaída (Matheny & Weatherman, 1998).

Ao estudar os preditores da recaída, aquilo que está em causa é que a mudança e a recuperação da dependência de substâncias deve ser encarada numa perspectiva desenvolvimentalista. Neste sentido, a desabituação não se pode cingir ao controlo inicial da urgência e desejo de consumir, já que o processo de recuperação descreve uma trajectória irregular, pautada por recaídas. Aliás, o *Surgeon General* (USDHHS, 1989), reconhecendo esta característica, descreveu o processo de deixar de fumar como um *continuum* divisível em dez categorias (ver Quadro IX). Assim, controlar o consumo de uma substância psicoactiva não é uma tarefa instantânea, mas um processo gradual que exige tempo, energia, investimento pessoal e acumulação de aprendizagens. Se a recuperação da dependência não se pode circunscrever à cessação, é porque a desabituação depende, simultaneamente, da capacidade para lidar com as expectativas de gratificação associadas ao consumo, da tolerância à frustração, da aprendizagem de novas competências e do reajustamento dos estilos de

vida. É precisamente a dificuldade em interiorizar estes comportamentos que justifica uma taxa de recaída próxima dos 90%, durante a fase inicial da primeira tentativa (Polivy & Herman, 2002).

Quadro IX. *Continuum* do tabagismo.

Categoria 1	Nunca fumou	**Categoria 6**	Fumador que parou sete ou mais dias no último ano.
Categoria 2	Ex-fumador que parou há cinco anos.	**Categoria 7**	Fumador que parou um a seis dias no último ano.
Categoria 3	Ex-fumador abstinente entre um e cinco anos.	**Categoria 8**	Fumador com história de cessação, há mais de um ano.
Categoria 4	Ex-fumador abstinente entre três e doze meses.	**Categoria 9**	Fumador sem história de cessação, mas pensou nisso ou pararia se fosse fácil.
Categoria 5	Ex-fumador abstinente nos últimos três meses.	**Categoria 10**	Fumador sem história de cessação, nunca pensou nisso, nem pararia se fosse fácil.

Fonte: USDHHS (1989, p. 288).

Neste âmbito, uma questão pertinente é a de saber se existem características pessoais ou factores sócio-ambientais susceptíveis de predizer quais os fumadores que terão maior probabilidade de manter a abstinência e não recair. Entre os vários conceitos e modelos dos fenómenos da recaída, alguns têm-se desenvolvido directamente na área do tabagismo, ao passo que outros surgiram em domínios relacionados com o alcoolismo. Dos factores directamente relacionados com o tabagismo (ver Quadro X), destacam-se (1) a distinção entre lapsos, recaídas e colapsos, (2) a classificação dos episódios de recaída, (3) as estratégias de confronto, (4) a auto-eficácia e outras expectativas, (5) a exposição a estímulos e pistas ambientais, (6) a fadiga da cessação, (7) o ganho ponderal e (8) as alterações biológicas. No que se refere a outros modelos, um dos exemplos mais marcantes é (9) o modelo de Alan Marlatt, inicialmente desenvolvido no âmbito do alcoolismo. Pela similitude entre os diferentes processos de recaída, este modelo rapidamente se aplicou às restantes dependências de substâncias psicoactivas e a problemáticas como a ingestão excessiva de alimentos, a depressão, a perturbação bipolar, a esquizofrenia, os abusos sexuais ou a violência física (Trigo, 2006).

Quadro X. Preditores e modelo de recaída.

Lapsos, recaídas e colapsos
Classificação dos episódios de recaída
Estratégias de confronto (*coping*)
Auto-eficácia e outras expectativas
Exposição a estímulos e pistas ambientais
Fadiga da cessação
Ganho ponderal
Alterações biológicas
Modelo de Alan Marlatt

3.3.1. Lapsos, recaídas e colapsos

A expressão "crise de recaída", designa as situações em que existe uma ameaça à abstinência que leva o ex-fumador a voltar a fumar ou que culmina efectivamente numa recaída (Shiffman, 1985, 1986). Num sentido mais restrito, usam-se os conceitos de "lapso", "recaída" e "colapso". Entende-se por "lapso", dar uma passa ou fumar o resto de um cigarro, acender um cigarro e apagá-lo logo a seguir ou pensar que nunca se sentirá bem sem fumar. "Recair" implica recomeçar a fumar e, por vezes, de maneira mais pesada do que anteriormente, embora sem desistir do objectivo de parar. O "colapso" é a forma mais grave de retrocesso, envolvendo a perda da esperança na cessação e/ou deixar de querer parar. Como se sabe, na história de um ex-fumador é habitual encontrar vários lapsos, recaídas e colapsos (MCNDC, 2000). A abstinência, por seu turno, define-se por um período mínimo de vinte e quatro horas sem fumar. Ocorre uma cessação com sucesso, quando a abstinência apresenta uma duração entre sete dias e seis meses consecutivos. A fase de manutenção da abstinência é atingida a partir dos seis meses. A manutenção da abstinência a médio prazo, implica seis a doze meses sem fumar, ao passo que a manutenção a longo prazo se inicia após o primeiro ano (USDHHS, 1989).

Em média o fumador recai duas a quatro vezes antes de parar definitivamente (Fisher & Goldfarb, 1998), ocorrendo a maior parte das recaídas, três meses após a cessação (Ockene et al., 2000). Num estudo de Gulliver e colegas (1995), com 309 pessoas que param de fumar por iniciativa própria, 18,8% das recaídas surgiram três a sete dias após a cessação, 24,6% entre oito a trinta dias, 15,2% entre os trinta e um a noventa dias e os restantes 18,1% recaíram entre noventa e um a cento e oitenta dias depois da data de paragem. Marlatt, Curry e Gordon (1988), ao estudar pessoas que

pararam de fumar sem tratamento, concluíram que cerca de 13% e 19% das pessoas se mantinha abstinente ao final do primeiro e do segundo ano de seguimento, respectivamente. Outra investigação conduzida por Pomerleau, Adkins e Pertschuk (1978), na qual se avaliaram preditores de recidiva em 100 fumadores tratados através de um programa multicomponentes, obtiveram-se taxas de abstinência de 61%, 32% e 29%, respectivamente no final do tratamento, aos doze e aos vinte e quatro meses. Apesar das taxas de recaída em pessoas integradas em programas de tratamento serem geralmente mais baixas, elas seguem o mesmo padrão (Ockene et al., 2000).

Dados igualmente relevantes indicam que 88% dos ex-fumadores com lapsos, acabam por recair e cerca de metade desses episódios de recaída ocorrem nas vinte e quatro horas seguintes (Brandon et al., 1990). O uso de cigarros nas duas semanas após a data inicial de cessação, constitui um dos mais importantes preditores de recaída nos próximos seis meses. O aumento da urgência para fumar, a diminuição da motivação, os lapsos desencadeados pelo stresse (Ockene et al., 2000) e o maior número de anos de tabagismo (Matheny & Weatherman, 1998) também se associam à recaída. Um aspecto positivo é o de que 20% das pessoas que recaem, voltam a parar durante o ano subsequente (Curry & McBride, 1994).

3.3.2. Classificação dos episódios de recaída

Com o objectivo de compreender os indícios ambientais e as crenças pessoais capazes de minar a manutenção da abstinência, vários investigadores avaliaram e classificaram os atributos que caracterizam os episódios de recaída (Baer & Lichtenstein, 1988; Cummings, Gordon & Marlatt, 1980; Marlatt & Gordon, 1985; Shiffman, 1982, 1986). Recorrendo a estudos retrospectivos, verificou-se que a maioria das recaídas ocorrem durante períodos de stresse ou estados emocionais negativos, embora estas crises também possam ser precipitadas por ambientes sociais de festa. A este propósito é importante notar que as situações de risco apresentam oscilações individuais ao longo do tempo, o que faz com que algumas exposições surjam de forma inesperada e sem sinais prévios (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Através de um trabalho de Cummings, Gordon e Marlatt (1980) que implicou a análise de 311 episódios de recaída, em pessoas com diferentes problemáticas (alcoolismo, tabagismo, heroinodependência, jogo patológico e ingestão excessiva de

alimentos), identificaram-se três tipos de situações de recaída: estados emocionais negativos, dando lugar a 35% das recaídas (disforia, frustração, ira, ansiedade, depressão ou aborrecimento), pressão social, justificando 20% das recaídas (persuasão verbal, exposição directa ou indirecta ao estímulo) e conflitos inter-pessoais, com 16% das recaídas (relações conjugais, laborais, familiares ou amigos). Numa investigação posterior, Marlatt e Gordon (1985) voltaram a classificar as situações de risco, com base em estímulos intra-pessoais (ex. desejo, sensações físicas, estados emocionais positivos e negativos, pensamentos) e/ou situações interpessoais (ex. pressão social directa e indirecta, conflitos interpessoais, contextos de convívio e prazer). Nesta linha, Shiffman (1986) desenvolveu outra classificação importante, ao estudar 263 ex-fumadores. Assim, através da análise de *clusters* definiram-se quatro grupos de situações de recaída: (1) preocupação, (2) factores sociais, (3) relaxação e (4) trabalho:

- **Preocupação.** As reacções emocionais e cognitivas de preocupação, caracterizam este grupo de factores de recaída (n = 94, 36% da amostra). Na grande maioria das recaídas, o ex-fumador está em casa ou no carro. O mais habitual é a pessoa estar sozinha, mas, em alguns casos, os familiares estão próximos. Trabalhar também é uma actividade frequente, bem como estar sem fazer nada, esperar por alguém ou as situações de transição entre uma actividade e outra. Ansiedade, tensão, frustração e depressão ocorreram em 88% destas crises. Geralmente, estas recaídas não envolvem refeições ou bebidas alcoólicas.
- **Factores sociais.** Este grupo de factores (n = 69, 26% da amostra), caracteriza-se essencialmente por envolver contextos sociais. Cerca de metade destas crises ocorrem em restaurantes, bares ou na casa de alguém. A maioria dos casos acontecem na presença de amigos e em situações de socialização. Comer e beber são actividades frequentes e metade das recaídas associam-se ao consumo de álcool. Embora a afectividade positiva seja mais comum, também ocorrem situações de ansiedade social. Em mais de dois terços destas recaídas, existe um fumador por perto e o estímulo de ver alguém fumar precede a crise.
- **Relaxação.** As situações de relaxação constituem outro grupo de precipitantes (n = 51, 19% da amostra), surgindo habitualmente após uma refeição. Em metade destas recaídas, a pessoa está em casa e, em menos de 25% dos episódios, estão outras pessoas a fumar. Dois terços das crises envolvem comer,

beber e, em 27%, contextos de descontracção. Quando era habitual os ex-fumadores fumarem em momentos de relaxação, a probabilidade de recair nestas ocasiões é maior.

- **Trabalho.** Estas crises de recaída ocorrem quando o ex-fumador está no seu ambiente de trabalho (*n* = 49, 19% da amostra). Geralmente, as pessoas encontram-se sozinhas ou acompanhadas por colegas e não estão nem a comer, nem a beber. Sentimentos de ansiedade, frustração e stresse são referidos com frequência.

Numa investigação desenvolvida por Baer e Lichtenstein (1988), estudaram-se 176 episódios de recaída, com base em questionários que avaliavam tipologias de fumadores, percepção de stresse, auto-eficácia, episódios de recaída, variáveis sócio-demográficas e história do hábito tabágico. Através de uma análise descritiva, os autores concluíram que a maioria das recaídas ocorreu em casa (35%), geralmente com familiares ou amigos presentes, embora a pessoa se encontrasse sozinha nesse momento (32%). Com frequência, existia outra pessoa a fumar (56%) e apesar das actividades envolvidas serem bastante diversificadas, comer e beber foi um desencadeante habitual. Em cerca de 25% das recaídas, tinha sido consumido álcool e o stresse foi o atributo mais comum (39%). Os cigarros consumidos foram pedidos (40%), mas também comprados (34%), retirados de um maço disponível e, inesperadamente, raramente foram oferecidos (4%). Quando a recaída não envolveu comer e beber, o stresse e as emoções negativas explicaram 68% dos casos. Em cerca de 45% das recaídas, os atributos mais frequentes envolveram estar sozinho, a trabalhar, preocupado ou sob efeito de afectividade negativa. Um segundo conjunto de situações propícias à recaída, envolveu contextos sociais e afectividade positiva (32%). O estudo conclui que as crises de recaída podem ser classificadas em dois grandes grupos: (1) situações não sociais, negativas e marcadas pelo stresse e (2) situações sociais, positivas, nas quais a comida e o álcool são consumidos. Assim, os atributos que melhor predizem a recaída incluem o stresse, a afectividade negativa, o álcool e a socialização, particularmente com fumadores.

A importância dos estados de humor negativos também foi salientada por Pomerleau, Adkins e Pertschuk (1978), como um factor importante de recidiva. Através de um programa de cessação tabágica, composto por oito sessões que contou com 100 participantes, a abstinência foi atingida por uma percentagem ligeiramente

mais baixa nos fumadores por afecto negativo (62%), do que nos restantes fumadores (69%). Num seguimento realizado aos doze meses, apenas 26% dos ex-fumadores por afectividade negativa se mantinha abstinente, enquanto essa percentagem era de 50% entre os outros ex-fumadores. Os autores concluíram que a afectividade negativa exerceu a sua influência, essencialmente no processo de recaída e não tanto durante a fase em que se atingiu a abstinência. Um dado curioso deste estudo, refere a ausência de diferenças entre fumadores e não fumadores, relativamente à frequência com que a afectividade negativa é experimentada. Inclusivamente, quando avaliados pelo *Symptom Checklist* (SCL), os participantes do programa de cessação que fumavam habitualmente em condições disfóricas, não manifestaram mais afectividade negativa ou sintomas neuróticos do que os seus pares não fumadores.

Apesar da diversidade de riscos que as situações de recaída colocam, Shiffman (1986) acabaria por realçar que o aspecto mais importante na determinação da recaída, não seriam tanto as situações, mas os recursos que o indivíduo possui para lidar com as tentações. Neste sentido, quanto mais a pessoa for capaz de combinar estratégias de confronto (cognitivas e comportamentais), menor será a probabilidade de recair. Deve também realçar-se que a recaída resulta, geralmente, da exposição cumulativa a vários riscos que, a partir de determinado momento, atingem um ponto crítico. Por exemplo, na celebração de um matrimónio, é habitual comer-se com abundância, consumir álcool, conviver com vários fumadores e, frequentemente, oferecem-se cigarrilhas ou charutos. Nestas situações, o cenário de uma recaída está constituído e será precisa muita determinação para escapar a este conjunto de indícios e estímulos para fumar.

3.3.3. Estratégias de confronto

As concepções que colocam a ênfase nos mecanismos biológicos da nicotino-dependência, sugerem que os sintomas de privação constituem um dos principais factores associados à recaída, pois que o ex-fumador acaba por voltar a usar o tabaco, na tentativa de mitigar o seu desconforto. Um estudo de Shiffman (1985), porém, em que foram avaliadas 264 entrevistas telefónicas a ex-fumadores, concluiu que apenas 45% dessas pessoas associaram os sintomas de abstinência à sua recaída. Por seu turno, 75% das tentações ocorreram sob o efeito de afectividade negativa,

principalmente tensão (56%), ansiedade (41%) ou ira (25%) e, de uma forma genérica, estados acentuados de stresse. Os autores salientam que nem todas as recaídas ocorrem em condições de tensão e afectividade negativa. Ao que parece, a recaída é mais provável em condições de exposição elevada ou baixa ao stresse. Assim, a perspectiva biológica deve ser complementada com outras concepções acerca da recaída, designadamente a procura de sedação ou estimulação face a estados emocionais ou pressões ambientais. Deste ponto de vista, o cigarro funciona também como uma estratégia aprendida para lidar com as emoções, com o stresse e com as situações de pressão social, razão pela qual os modelos de recaída têm de ponderar a acção dos factores psicossociais.

Segundo vários autores (Bliss, Garvey & Ward, 1999; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999), quanto maior for a diversidade das estratégias de confronto (*coping*), menor a probabilidade da recaída. Para Shiffman (1985), contudo, o número de estratégias não tem qualquer efeito ao nível da prevenção da recaída. As pessoas que usam apenas uma resposta de confronto, apresentam a mesma probabilidade de recair do que as que apresentam diversas respostas. Aquilo que se revela fundamental para que não haja recaída é a activação de uma estratégia eficaz de confronto. Nestes casos, 70% das pessoas conseguem evitar a recaída, em comparação com 18% das que não recorrem a qualquer estratégia de confronto. Paradoxalmente, o autor (op cit.) acrescenta, mais adiante, que a combinação de estratégias comportamentais e cognitivas faz subir a taxa de abstinência para 82%, concluindo com a existência de um efeito sinergético entre as várias respostas. Bliss, Garvey e Ward (1999), por outro lado, salientam que, na progressão de uma tentação para um lapso, a intensidade e a perseverança das estratégias de confronto constituem um aspecto fundamental.

Para Shiffman (1985), as estratégias de confronto dividem-se em respostas comportamentais (ex. comer ou beber, distrair-se, escapar da situação, praticar actividade física ou relaxar) e respostas cognitivas (ex. pensar nos benefícios de não fumar, pensar nos malefícios de fumar, distrair-se, adiar, usar a força de vontade, recorrer a pensamentos de auto-controlo). Entre as estratégias mais utilizadas, destacam-se a força de vontade e os pensamentos sobre as consequências negativas não relacionadas com a saúde (ex. "vou desapontar as pessoas", "os cigarros são caros", "há um ano que já não fumo"). À excepção da força de vontade e dos pensamentos auto-punitivos, que se revelam menos eficazes na prevenção da recaída, as restantes estratégias são igualmente úteis, não existindo estilos de confronto

intrinsecamente bons ou maus. Assim, o preditor mais relevante na superação das crises de recaída é o recurso à confrontação e não o carácter da resposta utilizada[53]. A este propósito, é interessante notar que as pessoas submetidas a tratamento para cessação tabágica recorrem a estilos de confronto com as tentações, diferentes dos usados pelos fumadores que param sem ajuda. Enquanto as pessoas que participam em programas de cessação usam, com frequência, respostas comportamentais, juntamente com estratégias cognitivas, as que deixam de fumar sozinhas tendem apenas a empregar estratégias cognitivas (40% *vs.* 12%). Esta diferença de recursos, porém, parece não afectar a taxa de abstinência. Outros determinantes que influenciam negativamente a eficácia das respostas de confronto, referem-se ao carácter inesperado da situação de risco ou ao uso de álcool e de outras substâncias psicoactivas (Shiffman, 1985).

3.3.4. Auto-eficácia e outras expectativas

A convicção de ser capaz de operar mudanças pessoais com sucesso, constitui um aspecto relevante na motivação para a mudança e um preditor da cessação tabágica e da manutenção da abstinência (Bandura, 1997; DiClemente, Prochaska, Gibertini, 1985). O modelo de Marlatt sugere que, uma vez iniciado o processo de cessação, ocorre um aumento gradual da percepção de auto-eficácia e da capacidade para lidar com a mudança comportamental (Marlatt & Gordon, 1985). Outros autores (Condiotte & Lichtenstein, 1981) confirmam não apenas o aumento da auto-eficácia ao longo dos programas de cessação tabágica, mas também o seu efeito benéfico em termos da manutenção da abstinência. Na mesma linha, Kalman e os seus associados (2002) sugerem que os ex-fumadores, com períodos prévios mais longos de abstinência, revelam maior competência para permanecer sem fumar, em comparação com os ex-fumadores com pouco sucesso em tentativas anteriores.

Baer, Holt e Lichtenstein (1986) atribuem um papel mais modesto à auto-eficácia, comparável ao de outros factores psicossociais (ex. stresse ou suporte social) e sugerem não existir um aumento da auto-eficácia, durante a fase de abstinência,

[53] Este dado faz-nos questionar os tradicionais modelos para resolução de problemas (D'Zurilla & Nezu, 1999; Egan, 1998), os quais se baseiam em processos pessoais, conscientes, racionais e propositados, no qual a pessoa, após gerar várias respostas alternativas a uma situação, escolhe as soluções mais efectivas ou adaptativas para lidar com o problema (D'Zurilla & Nezu, 1999).

apesar de reconhecerem o seu valor preditivo no âmbito da recaída. Segundo Chassin e colaboradores (2002), a experiência de recair não constitui um factor adicional de stresse ou uma ameaça significativa à percepção de auto-eficácia. Para os autores (op cit.), quando a pessoa deixa de fumar, passa a reconhecer mais riscos e menos benefícios subjectivos no tabagismo, ao passo que, ao recair, o reconhecimento das desvantagens diminui, ao mesmo tempo que aumenta a percepção das vantagens de fumar. Esta restruturação defensiva, constitui uma estratégia que mantém o sentimento de competência pessoal, ao minimizar a dissonância cognitiva e o desconforto emocional provocado pela discrepância entre a intenção de parar e o comportamento actual de voltar a fumar.

A expectativa de gratificação imediata e o adiamento das consequências negativas associadas ao consumo de uma substância (Marlatt & Gordon, 1985) são manifestações comuns a diversos quadros clínicos, designadamente na dependência de tóxicos, no jogo patológico, no abuso sexual ou nas perturbações da conduta alimentar. Esta combinação de cognições é adicionalmente reforçada pelo desconforto que a privação do consumo provoca, o que promove a manutenção da conduta de dependência. Assim, o desenvolvimento de expectativas irrealistas, em que o ex-fumador focaliza uma parcela da realidade, constitui um preditor de recaída. É nesta linha que se coloca o conceito de "visão em túnel" (Gawin & Ellinwood, 1988), definido quer como um fenómeno de bloqueio cognitivo, resultante de uma inibição da consciência sobre as consequências negativas de violar a abstinência, quer como um processo de activação das estratégias dirigidas para a procura de gratificação imediata. Beck e associados (1993), referindo-se aos esquemas cognitivos associados à tentação e urgência de consumir substâncias, concebe um circuito automático de cognições que caracterizam este fenómeno. Neste modelo, o processo de recaída inicia-se com a exposição a uma situação de activação que gera tensão (intra ou inter-pessoal), seguida pela antecipação da gratificação ("um cigarrinho sabia-me bem"), seguida por uma sensação intensa de desejo, seguida por cognições permissivas ("só um não faz mal"), seguida pela necessidade imperativa de obter alívio ("preciso de um cigarro já") e seguida, finalmente, pela urgência de fumar e a consequente recaída.

Sob a designação de "síndroma da falsa esperança", Polivy e Herman (2002) descrevem um outro conjunto de expectativas importantes na predição da recaída. Este fenómeno psicológico consiste num ciclo de falhanços que são interpretados de forma apaziguadora, o que leva a pessoa a reinvestir expectativas positivas e a conduz

a novas tentativas. Mas qual a razão desta sucessão de tentativas falhadas? Para os autores (op cit.), existem quatro fontes de recaída, todas elas marcadas por expectativas irrealistas: quantidade, velocidade, facilidade e benefícios. Um exemplo elucidativo é o das pessoas que, envolvendo-se na perda de peso, pretendem atingir reduções muito acima do que seria possível, de forma rápida e fácil, esperando benefícios pouco razoáveis (ex. adquirir um corpo escultural, tornar-se popular, encontrar o parceiro romântico ideal, passar a sentir-se feliz). Obviamente, a impossibilidade de cumprir estas realizações gera sentimentos de frustração que conduzem ao falhanço e à desvinculação dos objectivos inicialmente definidos. No caso do tabagismo, podemos referir as decisões de parar no fim do ano. Nestas ocasiões, é habitual os fumadores acreditarem, de forma irrealista e mágica, que o novo ano trará mudanças importantes à sua vida ("ano novo, vida nova"), resultando em tentativas pouco preparadas, impulsivas e baseadas na falsa expectativa de que tudo correrá bem. Como é frequente, estas decisões impulsivas resultam em recaídas a curto termo.

3.3.5. Exposição a estímulos e pistas ambientais

Marlatt e Gordon (1985) sugerem que a urgência e o desejo de consumir são suscitados pela exposição directa ou indirecta aos estímulos. Esta exposição é responsável pela activação de processos atencionais e cognitivos, do desejo, das expectativas positivas e de respostas fisiológicas (Beck et al., 1993; Niaura, 2000). A urgência e o desejo desencadeiam-se através de dois circuitos: (1) respostas condicionadas por gratificações passadas e (2) processos cognitivo-emocionais associados à antecipação da gratificação (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). Apesar do papel fundamental que a exposição aos estímulos pode desempenhar no processo de recaída, tem existido pouca investigação neste domínio.

Segundo Shiffman (1986), a exposição ao estímulo é um precipitante importante, frequentemente associado a actividades sociais e de afectividade positiva. Estudos laboratoriais com fumadores expostos a estímulos tabágicos (i.e. imaginar situações de alto risco, manipular cigarros e sentir cheiro do fumo de cigarro), revelam aumentos na reactividade cardiovascular, condutância electrodermal e na urgência de fumar. Estas reacções às pistas ambientais são preditoras da recaída,

envolvendo uma resposta global de stresse, ao nível fisiológico, cognitivo, emocional e comportamental (Burton & Tiffany, 1997; Tiffany & Drobes, 1990). Nas situações em que a exposição ao estímulo é acompanhada por outros preditores de recaída, designadamente afectividade negativa e álcool, o impacto sobre o desejo de fumar é ainda mais elevado. De especial relevância para a recaída é a associação entre a exposição ao cigarro e o consumo ou a intoxicação pelo álcool. O aumento do risco associado ao consumo de álcool, prende-se com o facto de que, depois de começar a beber, torna-se difícil evitar os seus efeitos tóxicos, o desejo de cigarros e uma série de esquemas bio-comportamentais que, geralmente, culminam na interrupção da abstinência (Burton & Tiffany, 1997).

Em termos do tratamento dos fumadores, a exposição ao estímulo pode ser utilizada como técnica terapêutica. Porém, um estudo no qual se comparou a eficácia da exposição ao estímulo, com terapia cognitivo-comportamental e com terapia de substituição nicotínica, concluiu que a exposição ao estímulo não acrescentou qualquer valor em termos da prevenção da recaída (Niaura et al., 1999). A efectividade terapêutica desta abordagem parece colocar-se, essencialmente, em doentes alcoólicos, aumentando a probabilidade da abstinência em seguimentos feitos três meses após a cessação (Monti et al., 1993).

3.3.6. Fadiga da cessação

Piasecki e os seus colegas (2002) introduziriam um modelo relativamente novo neste domínio, ao identificar dois períodos no tratamento da dependência do tabaco: o "período da cessação" que inclui os primeiros sete dias após parar e o "período da susceptibilidade de recaída" que abrange o tempo subsequente de abstinência. Cada período envolve tarefas que podem ser descritas como "vagas de risco". Durante o período da cessação, surge a primeira vaga de risco, com o despoletar dos sintomas físicos de privação. À medida que se instala o período de susceptibilidade, surge uma segunda vaga, caracterizada pelo confronto com os factores de stresse e as tentações. A derradeira vaga traz a fadiga da cessação, o cansaço em manter a abstinência e, eventualmente, o desvanecimento do objectivo inicial de parar.

Neste modelo, o conceito de fadiga constitui um critério de propensão para a recaída e define-se como um fenómeno de aparecimento tardio no processo de

desabituação. Alguns dos sinais comuns de fadiga são a perda de motivação e de esperança no sucesso em parar, a exaustão dos recursos de auto-controlo, a redução no uso das estratégias de confronto e o abaixamento do sentimento de auto-eficácia. Existe, assim, um "efeito de lavagem" que se traduz pela elevada eficácia do tratamento, durante o período da cessação, seguido de uma diluição desse efeito ao longo do período de susceptibilidade (Piasecki et al., 2002). É como se o exercício de auto-controlo correspondesse a um músculo que pode ser fortalecido quando exercitado, mas que também se pode esgotar ao ser usado em excesso.

3.3.7. Ganho ponderal

Estima-se que 80% das pessoas que param de fumar aumentem o peso em 2-3 *Kg*, ao longo do primeiro ano de abstinência (APA, 2002; USDHHS, 1990). Segundo Klesges e associados (1989) os fumadores têm, em média, menos 3-4 *Kg* que os não fumadores. Isto quer dizer que o ganho ponderal após a cessação, leva ao nivelamento do peso, aproximando-o do valor esperado para a pessoa, caso nunca tivesse fumado. Este aumento tem um ritmo mais acelerado nas primeiras semanas ou meses após a cessação, estabilizando por volta dos seis meses após a cessação (Hall, Ginsberg & Jones, 1986). Num estudo prospectivo que utilizou dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* (Williamson et al., 1991), onde se comparam ex-fumadores de ambos os sexos, conclui-se que o aumento médio de peso é de 2,8 *Kg* nos homens e de 3,8 *Kg* nas mulheres. Cerca de 9,8% dos homens e 13,4% das mulheres ex-fumadores, porém, ganharam mais de 13 *Kg*. É importante notar que, com o aumento do número de anos sem fumar, diminui o índice de massa corporal, especialmente nas mulheres. Chen, Horne e Dosman (1993) observaram que a prevalência de obesidade era mais elevada em ex-fumadores que tinham parado há menos de dois anos, em comparação com os seus pares abstinentes há mais de dois anos, sugerindo que o ganho ponderal se pode limitar aos dois primeiros anos.

Segundo parece, a nicotina é o ingrediente mais directamente implicado no efeito anoréxico e, portanto, na redução de peso (Perkins, 1993). Na realidade, alguns dos fumadores usam os cigarros como estratégia para controlar o apetite e o excesso de peso (Hall, Ginsberg & Jones, 1986). Comparativamente com os homens, as mulheres recorrem com mais frequência aos cigarros como estratégia para controlo do

peso, o que também constitui um preditor do nível de dependência da nicotina (Soldz & Cui, 2001). Num grupo de adolescentes grávidas, estudado por Lawson (1994), os cigarros foram frequentemente usados como estratégia para evitar o ganho ponderal após o parto. Esta opção pode constituir uma estratégia para lidar com o medo de perder a popularidade entre os pares.

Por seu turno, os tratamentos tabágicos que incluem terapia de substituição nicotínica, podem adiar o ganho ponderal durante o período em que a terapêutica for usada (Dale et al., 1998; Russell, Raw & Jarvis, 1980). Existe também uma relação entre o aumento de peso após a cessação, o número de cigarros fumados antes de parar (Blitzer, Rimm & Giefer, 1977; Hall, Ginsberg & Jones, 1986) e a história pessoal de excesso de peso (Hall, Ginsberg & Jones, 1986). Num estudo desenvolvido por Swan e Carmelli (1995), as pessoas que aumentaram mais de peso, fumavam maior número de cigarros por dia, eram mais jovens e ingeriam uma quantidade elevada de bebidas licorosas. Este grupo foi composto por maior quantidade de pessoas solteiras e com menor acesso ao apoio de um parceiro. Outros factores associados ao aumento de peso, incluíram: (1) a normalização da taxa metabólica, passando a dieta habitual a fornecer excesso de calorias, (2) a ausência de modificações no padrão de actividade física, na sequência da cessação tabágica, (3) o aumento do apetite e prazer em comer, o que faz com que a pessoa coma em maior quantidade e (4) a tendência do ex-fumador para lidar com o aborrecimento, as situações de stresse ou de descontracção, comendo (NRTC, 2004; Perkins, 1993).

Os ex-fumadores que valorizam menos o ganho ponderal, também têm menor probabilidade de recair, em particular quando ocorre algum aumento de peso (Chen, Horne & Dosman, 1993). Curiosamente, a prevalência deste tipo de preocupações não é elevada nas pessoas que recorrem a clínicas para cessação tabágica, talvez porque aqueles que atribuem maior importância à questão não cheguem a procurar ajuda (Meyers et al., 1997). Este tipo de fumadores, nomeadamente as mulheres e as pessoas com menor peso, tendem a não tentar parar de fumar, devido ao receio de engordar, apresentando também maior propensão para recair (Chen, Horne & Dosman, 1993; Fiore et al., 2000; Meyers et al., 1997). Segundo Spring e colaboradores (2004), contudo, os benefícios de abordar as questões relacionadas com o aumento de peso, durante o processo de cessação tabágica, não se devem circunscrever às mulheres que valorizam mais esse tema, mas aos fumadores em geral.

Apesar do ganho ponderal constituir um problema importante para muitas das pessoas que pretendem atingir e manter a abstinência, as dificuldades impostas pelo ganho ponderal podem ser controladas através de abordagens clínicas, particularmente úteis, junto de fumadores com excesso de peso ou com receio de aumentá-lo (Pomerleau, Adkins & Pertschuk, 1978). Em termos da utilidade para a prevenção da recaída a longo prazo, tem-se discutido se é mais eficaz cessar o consumo de tabaco e simultaneamente proceder ao controlo do peso ou se é preferível actuar sequencialmente, abordando o ganho ponderal, após atingir a abstinência. Neste domínio, os resultados têm sido controversos, havendo investigações (Hall et al., 1992) que mostram que os fumadores submetidos a aconselhamento simultâneo para o tabagismo e controlo de peso apresentam taxas mais elevadas de recaída aos doze meses. Este estudo revela a ineficácia das abordagens simultâneas, eventualmente porque a restrição de calorias contribui para o aumento do sentimento de privação e, consequentemente, o desejo de voltar a obter o prazer associado a fumar. De forma oposta, um estudo conduzido por Spring e associados (2004), com 315 mulheres, demonstrou que a eficácia dos programas de cessação tabágica não é negativamente afectada pela introdução de componentes relacionados com o controlo de peso e, após a cessação tabágica, estas intervenções reduzem o ritmo do ganho ponderal. Existe, porém, uma certa tendência para desencorajar o controlo ponderal antes da abstinência ter estabilizado, preocupação considerada como regra de boa prática clínica (Fiore et al., 2000).

Apesar dos ex-fumadores manifestarem um aumento do apetite e da quantidade dos alimentos ingeridos, raramente se notam alterações significativas no balanço calórico. Aquilo que parece ocorrer é uma modificação no conteúdo da dieta, em resultado da cessação tabágica. Segundo Ockene e colaboradores (2000), enquanto os fumadores consomem alimentos fritos, mais saturados em gorduras, café e álcool, os ex-fumadores tendem a optar pela ingestão de fruta, vegetais e fibras, diminuindo o número de cafés e de bebidas alcoólicas. Um outro estudo, assinala aumentos marcados na ingestão de calorias (250-300 kcals/dia), durante as primeiras semanas de abstinência, embora esta tendência se esbata à medida que se alarga o período de abstinência (Perkins, Epstein & Pastor, 1990). Hall e colaboradores (1989), por seu turno, referem que as mulheres ex-fumadoras tendem a aumentar a ingestão de calorias, no período entre os três e os seis meses após a cessação, ao passo que nesse período os homens apresentam uma curva descendente.

3.3.8. Alterações biológicas

Já tivemos oportunidade de salientar que os vários efeitos bioquímicos da nicotina são fundamentais na compreensão do tabagismo, não apenas durante a iniciação do consumo, mas também na sua manutenção, cessação e recaída. Aquilo que se pretende realçar é que a magnitude do efeito da nicotina sobre o organismo é variável e não depende apenas de aspectos ambientais (Batra et al., 2003; Li et al., 2003). Estudos com gémeos nos quais se investigou o comportamento tabágico, assinalam uma influência da genética que varia entre os 70% (True et al., 1997) e os 84% (Batra et al., 2003). Estas investigações apontam diferenças no metabolismo da nicotina que dependem de polimorfismos genéticos, designadamente na codificação de enzimas como o CYP2A6 (Batra et al., 2000; Tricker, 2003; Tyndale, Pianezza & Sellers, 1999) e o DRD2 (Comings et al., 1996). A enzima CYP2A6, por exemplo, está associada à rapidez do processamento orgânico da nicotina, ao passo que a DRD2 se relaciona com o menor número de receptores dopaminérgicos (Batra et al., 2000). Isto quer dizer que existem variações geneticamente determinadas a mediar o efeito da nicotina sobre o organismo, designadamente ao nível da neuro-transmissão e da neuro-adaptação.

No caso da neuro-adaptação, aquilo que ocorre nos fumadores é um aumento do número de receptores colinérgicos e a respectiva dessensibilização desses receptores, em consequência da exposição prolongada à nicotina (efeito de tolerância). Uma vez que a abstinência é atingida, muitas destas alterações revertem, embora o ritmo de re-sensibilização seja variável, podendo durar alguns dias ou vários anos. Este processo de dessensibilização e ressensibilização, está na base do efeito reforçador que as pequenas doses de nicotina provocam num ex-fumador (Ockene et al., 2000). É como se o ex-fumador conservasse uma memória biológica que, ao ser activada pelo consumo da substância, provocasse a saída abrupta de uma fase de latência, para um estado intenso de desejo. O facto de perdurar durante vários anos algum nível de tolerância, explica também por que razão algumas pessoas abstinentes podem, repentinamente, voltar a fumar num só dia uma quantidade elevada de cigarros, sem sentir qualquer efeito de intoxicação. Na ausência de uma condição de tolerância residual seria difícil compreender este resultado. Assim, enquanto esta alteração

perdurar, é possível que o desempenho quotidiano se mantenha a um nível sub-óptimo (Groman & Fagerström, 2003). De acordo com um estudo de meta-análise (Li et al., 2003), a genética exerce um papel significativo, especialmente durante a iniciação e menos no período de manutenção da conduta tabágica, conclusão contrária à de Sullivan e Kendler (1999) para quem o factor hereditário é mais significativo uma vez estabelecido um padrão regular de consumo.

3.3.9. Modelo de Alan Marlatt

Marlatt e Gordon (1985) introduziram várias noções importante no domínio da prevenção da recaída[54], entre as quais a de "efeito de violação da abstinência" (EVA). Este fenómeno refere-se ao conjunto de reacções emocionais e atribuições cognitivas suscitadas pela quebra da abstinência em doentes alcoólicos. Genericamente, o EVA caracteriza-se por dois elementos cognitivo-emocionais: (1) dissonância cognitiva (conflito, pensamento dicotómico e catastrófico) e (2) atribuição pessoal (auto-desvalorização e culpabilização). Enquanto o estado de dissonância leva a pessoa a redefinir-se como fumadora, o efeito de atribuição pessoal resulta numa sensação de falhanço e baixa auto-eficácia. Esta reacção cognitivo-emocional, constitui um preditor na progressão de um lapso, para um colapso, particularmente quando a intensidade do EVA é elevada. Por seu turno, a intensidade do EVA varia em função de factores como o esforço despendido, a intensidade do compromisso, a justificação encontrada para a recaída, a duração e importância em manter a abstinência ou a presença de pessoas significativas no momento da crise de recaída (Marlatt & George, 1998; Marlatt & Gordon, 1985).

Curry, Marlatt e Gordon (1987), levaram a cabo um estudo para avaliar a aplicabilidade do EVA em fumadores, concluindo que aquelas que recaem, após um deslize inicial, fazem atribuições internas, estáveis e globais, marcadas pela culpa, vergonha e baixa auto-eficácia (ex. "a culpa é toda minha, não tenho força de vontade e nunca vou conseguir parar"). Os autores confirmam, assim, que no âmbito da nicotino-dependência o EVA é relevante na predição das situações de lapso e de recaída. Condiotte e Lichtenstein (1981), num trabalho em que avaliaram a validade

[54] Para uma descrição mais detalhada dos modelos de Alan Marlatt, de Terence Gorski e respectivas técnicas de intervenção, ver Trigo (2006).

dos modelos teóricos de Bandura e de Marlatt, concluem também que a maioria das pessoas que recai evidencia um aumento do EVA, ao mesmo tempo que experimenta uma diminuição na auto-eficácia. Numa outra investigação realizada por Shiffman e associados (1996), com ex-fumadores, os autores sugerem que as variáveis relacionadas com o EVA não foram preditoras da progressão de um lapso para uma recaída. Neste estudo, as variáveis associadas à recaída relacionarem-se com as características do desencadeante.

Igualmente relevante é o conceito de "decisões aparentemente irrelevantes" (DAI), usado para descrever uma sucessão de "mini-decisões" pessoais, de aparência inocente, mas que negligenciam várias oportunidades para inverter o sentido das escolhas de risco. Através deste processo, a pessoa encaminha-se para um "beco-sem-saída", onde a escolha deixa de ser possível e a recaída é aceite como inevitável. Isto quer dizer que o desejo e a urgência para usar uma substância não resultam sempre em actos impulsivos, já que a necessidade de gratificação pode ser temporariamente sublimada e transformada em planos cobertos de sabotagem à abstinência. O aspecto não consciente deste comportamento, marcado pela racionalização e pela denegação ("não tinha outra hipótese", "foi mais forte do que eu", "o que podia eu fazer naquela situação?", "não tive culpa"), actuam como estratégia de protecção contra o sentimento de culpa e conflito, ou seja, o EVA (Marlatt & Gordon, 1985).

Um último destaque na concepção de Marlatt e Gordon (1985) cabe ao papel que os autores reservam à questão do equilíbrio e balanceamento dos estilos de vida. Na realidade, muitos dos antecedentes de um episódio de recaída incluem uma desproporção entre as obrigações diárias e as gratificações pessoais, razão pela qual o equilíbrio dos estilos de vida exercem um papel decisivo na manutenção da abstinência. Como é natural, o maior peso colocado no prato das obrigações está associado à percepção de privação, a estados emocionais negativos, à procura de gratificação, a racionalizações permissivas ("depois deste esforço eu mereço uma bebida/cigarro/dose…") e a um maior risco de recaída (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999; Marlatt & Gordon, 1985).

Parte II

Factores psicossociais associados ao tabagismo

Resumo

1. Objectivos

1.1. Objectivos gerais

1.2. Objectivos específicos

2. Material e métodos

2.1. Participantes

2.2. Critérios

2.3. Instrumentos

2.4. Plano de estudo

2.5. Variáveis

2.6. Procedimento

2.7. Hipóteses

2.8. Ética

2.9. Análise estatística

3. Estudo 1 - Qualidades métricas

4. Estudo 2 - Tabagismo na população geral

4.1. Resultados

4.2. Discussão

4.3. Conclusões

1. Objectivos

Tendo em consideração os dados provenientes da literatura, realizou-se um estudo sobre os factores psicossociais associados ao consumo de tabaco, particularmente cigarros. Apesar da diversidade de literatura internacional sobre este tema, a investigação nacional nesta área fundamental da saúde pública é ainda incipiente, razão pela qual trabalhos desta natureza constituem contributos desejáveis. O estudo dos factores implicados no consumo de tabaco, contribui, não só para conhecer antecipadamente as variáveis relacionadas com a iniciação tabágica e a prevenção da recaída, mas também para identificar os fumadores mais susceptíveis de integrar programas de desabituação tabágica. Certamente que este tipo de conhecimento científico pode incrementar a eficácia de acções vocacionadas para o controlo do tabagismo (prevenção primária, secundária e terciária).

1.1. Objectivos gerais

Estudo 1 - Estudo de qualidades métricas numa amostra da população geral portuguesa. Estudar as qualidades métricas de vários instrumentos de relato pessoal.

Estudo 2 - Estudo do tabagismo numa amostra da população geral portuguesa. Avaliar a associação entre os diversos factores psicossociais (Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, perfil emocional e perfil tabágico) e o hábito tabágico (não fumador, ex-fumador e fumador).

1.2. Objectivos específicos

Estudo 1 - Estudo de qualidades métricas numa amostra da população geral portuguesa

- Estudar a estrutura factorial dos instrumentos de relato pessoal utilizados.
- Estudar a consistência interna dos instrumentos de relato pessoal utilizados.

Estudo 2 - Estudo do tabagismo numa amostra da população geral portuguesa

- Caracterizar a prevalência de hábitos tabágicos.
- Caracterizar a história do hábito tabágico, estratificada por hábito tabágico (fumador, ex-fumador, fumador) e sexo.
- Avaliar diferenças na história do hábito tabágico, estratificada por hábito tabágico e sexo.
- Caracterizar o perfil emocional, estratificado por hábito tabágico e sexo.
- Avaliar diferenças no perfil emocional, estratificado por hábito tabágico e sexo.
- Caracterizar o perfil tabágico, estratificado por hábito tabágico (ex-fumador, fumador) e sexo.
- Avaliar diferenças no perfil tabágico, estratificado por hábito tabágico (ex-fumador, fumador) e sexo.

2. Material e métodos

2.1. Participantes

Para a realização desta investigação foram recolhidas, entre os anos de 2003 e 2005, um total de cinco amostras não probabilísticas da população geral portuguesa, com residência no Distrito de Lisboa (ver Quadros XI e XII). Estas amostras incluíram 762 participantes, sendo 305 homens e 457 mulheres. As idades oscilaram entre os 17 e os 73 anos, com média nos 33,4 anos (*DP* = 12,2), sendo os homens ligeiramente mais velhos (*M* = 35,7; *DP* = 12,3) do que as mulheres (*M* = 31,9; *DP* = 11,9). Os locais de recolha foram os seguintes: Posto Médico do Instituto Nacional de Engenharia e Tecnologia Industrial - INETI (amostra 1; *n* = 229), Gabinete de Medicina do Trabalho, Sãvida Medicina Apoiada, S.A., Grupo EDP - EDP (amostra 2; *n* = 70), Indústria de Escovaria, S.A. - FAPIL (amostra 3; *n* = 40) e Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - ULHT. Neste local fizeram-se aplicações de grupo a estudantes entre o primeiro e o terceiro ano (amostra 4; *n* = 261) e recorreu-se ao método "bola de neve" - ULHT-BN (amostra 5; *n* = 162).

Quadro XI. Distribuição das amostras por local e critério de recolha.

Amostra	Local	Critério	Período de recolha (dia/mês/ano)	
			Início	Fim
1	INETI	Quadros superiores	22/09/03	17/06/04
2	EDP	Técnicos especialistas	06/05/04	16/12/04
3	FAPIL	Operários	08/10/03	16/12/03
4	ULHT	Jovens estudantes	22/10/03	30/03/04
5	ULHT - BN	Comunidade / homens	20/12/03	29/03/05

Legenda: EDP = Sãvida Medicina Apoiada, S.A., Grupo EDP; FAPIL = Indústria de Escovaria, S.A.; INETI = Instituto Nacional de Engenharia e Tecnologia Industrial, Posto Médico; ULHT = Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; ULHT - BN = Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – método "bola de neve".

Quadro XII. Cruzamento entre o local de recolha e o sexo – Percentagem e número de participantes.

Amostra	**Homem** % *n*	**Mulher** % *n*	**Total** % *n*
INETI	33,6 77	66,4 152	100 229
EDP	70,0 49	30,0 21	100 70
FAPIL	17,5 7	82,5 33	100 40
ULHT	18,4 48	81,6 213	100 261
ULHT – BN	76,5 124	23,5 38	100 162
Total % *n*	40,0 305	60,0 457	100 762

A diversidade dos locais para recolha dos participantes relacionou-se com a necessidade de diversificar as características da amostra total, designadamente no que se refere ao sexo, aos anos de escolaridade e à profissão, diminuindo os enviesamentos de selecção (ver Quadros XII a XIV). Começou, assim, por se recolher a amostra no INETI, mas a maioria dos participantes eram mulheres (66,4%), com elevado nível de escolaridade (79,9%, licenciatura, mestrado e doutoramento) e diferenciação profissional (79,5%, grau II - III). Com o objectivo de angariar maior número de participantes do sexo masculino e pessoas pertencentes a estratos sócio-económicos menos diferenciados, alargou-se a recolha à EDP, onde foram incluídos 49 homens e 21 mulheres e à FAPIL, cujos participantes pertenciam maioritariamente à classe operária (67,5%, grau IV - V). No que se refere às duas amostras recolhidas na ULHT, pretendeu-se envolver participantes mais jovens (amostra 4) e aumentar o número de homens, neste caso recorrendo ao método "bola de neve" (amostra 5). As cinco amostras apresentam características diversificadas quanto aos anos de escolaridade (X^2 = 365,483; gl = 12; p = 0,000) e à profissão (X^2 = 696,226; gl = 20; p = 0,000), facto que contribui para uma maior representatividade destas características populacionais.

Quadro XIII. Cruzamento entre o local de recolha e os anos de escolaridade - Percentagem de participantes (e resíduo ajustado).

Amostra	Anos de escolaridade				Total
	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	% *n*
INETI %	79,9	10,9	6,1	3,1	100
Resíduo ajustado	3,5	-1,9	-0,9	-2,6	229
EDP %	32,9	54,3	8,6	4,3	100
Resíduo ajustado	-7,5	9,9	0,4	-0,8	70
FAPIL %	10,0	27,5	35,0	27,5	100
Resíduo ajustado	-8,8	2,4	6,8	5,4	40
ULHT %	100	0,0	0,0	0,0	100
Resíduo ajustado	12,7	-8,2	-5,7	-5,3	261
ULHT – BN %	44,4	22,8	14,2	18,5	100
Resíduo ajustado	-8,5	3,4	3,7	6,8	162
Total %	71,3	14,6	7,5	6,7	100
n	543	111	57	51	762

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 365{,}483$; $gl = 12$; $p = 0{,}000$

Quadro XIV. Cruzamento entre o local de recolha e a profissão - Percentagem de participantes (e resíduo ajustado).

Amostra	Profissão						Total
	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5	Estud.	% *n*
INETI %	0,0	73,4	6,1	20,5	0,0	0,0	100
Resíduo ajustado	-11,8	18,6	0,5	-2,1	-5,5	-3,2	229
EDP %	0,0	15,7	15,7	55,7	12,9	0,0	100
Resíduo ajustado	-5,7	-2,3	3,9	6,0	1,4	-1,6	70
FAPIL %	0,0	2,5	7,5	37,5	30,0	22,5	100
Resíduo ajustado	-4,2	-3,6	0,6	1,8	5,0	7,4	40
ULHT %	69,6	1,9	1,9	20,8	5,8	0,0	100
Resíduo ajustado	17,3	-11,4	-3,1	-2,2	-2,0	-3,5	260
ULHT – BN %	28,0	14,9	5,6	24,8	18,0	8,7	100
Resíduo ajustado	-0,6	-4,0	0,0	-0,3	4,8	4,7	161
Total %	29,7	27,5	5,5	25,7	8,6	3,0	100
n	226	209	42	195	65	23	760

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 696{,}226$; $gl = 20$; $p = 0{,}000$

Legenda: Estud. = Estudante; Classificação baseada no Graffar (1956) modificado.

2.2. Critérios

As cinco amostras da população geral foram recolhidas de acordo com critérios de inclusão (ver Quadro XV). A inclusão dos participantes no estudo foi feita após obtenção do seu consentimento informado, respeitando os Códigos Éticos estabelecidos pela Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT, 1995), pelo Sindicato Nacional dos Psicólogos (SNP, 1978) e pela *American Psychological Association* (APA, 2002, 2003).

Quadro XV. Critérios de inclusão no estudo.

Critérios de inclusão
Nacionalidade portuguesa
Residência no Distrito de Lisboa
Idade entre os 17 e 75 anos
Sem diagnóstico de física doença e/ou mental
Saber ler e escrever
Etnia caucasiana
Consentimento informado

A inclusão dos participantes no estudo foi diferente em cada um dos locais de recolha. Relativamente às amostras recolhidas no INETI (amostra 1) e na EDP (amostra 2), a ausência de doença foi confirmada pelo médico do trabalho que apenas encaminhou trabalhadores saudáveis. Os participantes contactados na FAPIL (amostra 3), no Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (amostra 4) e através do método da "bola de neve" (amostra 5), foram seleccionados com base, quer no princípio de que as classes laborais e estudantis constituem um grupo saudável, facto associado à sua capacidade para manter obrigações e rotinas diárias[55], quer no conhecimento que os testadores tinham acerca da história pessoal de doença física crónica e/ou psiquiátrica. Ficaram excluídos do estudo, pessoas com diagnóstico de doença física crónica e/ou psiquiátrica.

[55] O "efeito do trabalhador saudável" (*healthy worker effect*) refere-se ao princípio de que a população laboral apresenta geralmente menor taxa de mortalidade do que a população geral. Na população em geral, por seu turno, incluem-se pessoas que não são capazes de trabalhar, por motivos de doença ou incapacidade. Neste sentido, qualquer grupo de trabalhadores tem maior probabilidade de ser saudável do que a população como um todo (EOHS, 1998).

Os critérios utilizados na classificação dos hábitos tabágicos são igualmente relevantes (ver Quadro XVI). Tomando como referência o Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (APA, 2002), definiu-se como tendo história de hábito tabágico (ex-fumador e fumador) os participantes com consumos diários de pelo menos um cigarro por dia, durante várias semanas (ex. doze semanas). O "ex-fumador" corresponde a uma pessoa que fumou regularmente, mas parou há pelo menos uma semana. Considera-se "não fumador" alguém que ao longo da vida não tenha fumado mais de cem cigarros / cinco maços (Ikard, Green & Horn, 1969). Reservou-se a categoria de "fumador ocasional" para consumos esporádicos de um a cinco cigarros, por exemplo ao fim-de-semana ou em ocasiões especiais, sem apresentar um padrão diário de consumo (Rogers & Baldwin, 1999).

Quadro XVI. Critérios para classificação do hábito tabágico.

Tipo de hábito	Critério
Fumador regular	≥ 1 cigarros por dia durante doze semanas
Fumador ocasional	1 - 5 cigarros ocasionais / sem padrão diário
Ex-fumador	Abstinência ≥ 1 semana com padrão regualr prévio
Não fumador	< 100 cigarros ao longo da vida

2.3. Instrumentos

2.3.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico

A construção da Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico (Trigo et al., 2003) baseou-se no estudo da literatura (Donovan e Marlatt, 2005) e no questionário desenvolvido por Becoña e González (1998), embora também tenham sido consultados os modelos produzidos pela *Mayo Nicotine Dependence Center* (MNDC, s/d), pela Consulta de Tabagismo do Serviço de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente (HPV, s/d) e pela Consulta de Dependência do Tabaco da Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo (UTITA, s/d). Através da análise destes materiais, foram determinados os conteúdos a considerar no questionário final. Além dos dados sócio-demográficos, deveria existir informação relativa ao estádio de mudança, à

história do hábito tabágico, à motivação para deixar de fumar e aos hábitos alcoólicos. No que se refere à história do hábito tabágico, determinou-se que as perguntas deviam cobrir as seguintes áreas: caracterização e quantificação do consumo, razões para começar a fumar, situações em que a pessoa fuma mais, tentativas e razões para deixar de fumar, tabagismo nos familiares, queixas relativas a sinais, sintomas e doenças físicas e consumo de bebidas estimulantes (cerveja, vinho, bebidas destiladas, café e chá), durante a semana e ao fim-de-semana.

Uma primeira versão do instrumento foi preparada para utilizar num estudo de avaliação da prevalência dos hábitos tabágicos, com uma amostra de aproximadamente 400 doentes psiquiátricos (Trigo & Canudo, no prelo). Antes de ser definitivamente adoptada, porém, esta versão foi aumentada e revista ao longo de cinquenta aplicações experimentais. A versão final (ver Anexo 1) é composta por um questionário de dados sócio-demográficos (oito itens), pelo Algoritmo do Estádio que consiste num método rápido para determinar o estádio de mudança (cinco itens, Connors, Donovan & DiClemente, 2001; CPRC, 2003), pela entrevista para avaliação do hábito tabágico (22 itens), pela Escala de Motivação para Deixar de Fumar (oito itens, WSPA, s/d) e pelo questionário CAGE (Mayfield, McLeod & Hall, 1974), para despiste de hábitos alcoólicos (4 itens). O número total de itens é de vinte e cinco, embora algumas das perguntas da história do hábito tabágico incluam respostas de escolha múltipla. Introduziu-se esta modalidade de resposta com o objectivo de facilitar e tornar mais rápido o processo de preenchimento do questionário e respectiva codificação. As perguntas que incidem sobre as razões para começar a fumar (item 9), quando fuma mais (item 10) e as razões para deixar de fumar (item 14), incluem uma opção de "outros", deixando em aberto possibilidades que inicialmente não foram contempladas (ver Quadro XVII).

Quadro XVII. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico.

Instrumentos	**Pergunta n.º**	**N.º itens**
Questionário de dados sócio-demográficos	Cabeçalho	8
Algoritmo do Estádio	1	5
Evolução do hábito tabágico	2-11, 13-23, 25	22
Escala de Motivação para Deixar de Fumar	12	8
Questionário CAGE	24	4
Total		**47**

Relativamente ao tempo de preenchimento da Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, um não fumador completa-a em aproximadamente cinco minutos, considerando que apenas responderá ao cabeçalho, à pergunta relativa ao estádio de mudança (item 1), passando às questões 21 a 25, entre as quais se inclui o CAGE (item 24). No caso dos fumadores, são aplicáveis todas as questões e um ex-fumador apenas não responde aos itens 10, 11 e 12, correspondendo este último à Escala de Motivação para Deixar de Fumar (ver Quadro XVIII). Nestas situações, o tempo de aplicação poderá variar entre os dez e os quinze minutos. A disposição das perguntas no enunciado foi planeada de forma a facilitar o preenchimento. O não fumador, após preencher o cabeçalho e responder à primeira pergunta, passa directamente para o início da última página (item 21). O ex-fumador, por seu turno, encontrará um sinal (≈≈≈) no final da pergunta número nove, para assinalar a interrupção do questionário, voltando a retomar no início da terceira página (item 13). O questionário pode ser manuseado como uma entrevista estruturada individual ou utilizado em aplicações de grupo. Neste caso, deve recorrer-se a meios audiovisuais para apoiar a explicação e a sequência das perguntas, à medida que os participantes respondem ao questionário. Algumas experiências desenvolvidas na Consulta de Desabituação Tabágica, do Hospital Júlio de Matos (Clínica Psiquiátrica I) / Centro de Saúde de Odivelas, nas quais se utilizou o instrumento como questionário de preenchimento pessoal, sem apoio do testador, revelaram-se pouco eficazes. Nesta situação, têm surgido dúvidas relativamente às perguntas que devem ou não ser respondidas.

Quadro XVIII. Guia de aplicação da Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico.

Áreas de avaliação	**Questões aplicáveis**		
	NF	**F**	**EF**
Questionário de dados sócio-demográficos	Sim (cabeçalho)	Sim (cabeçalho)	Sim (cabeçalho)
Algoritmo do Estádio	Sim (1)	Sim (1)	Sim (1)
Evolução do hábito tabágico	Sim (21-23, 25)	Sim (2-11, 13-23, 25)	Sim (1-9, 13-25)
Escala de Motivação para Deixar Fumar	Não	Sim (12)	Não
Questionário CAGE	Sim (24)	Sim (24)	Sim (24)

Legenda: EF = Ex-fumador; F = Fumador; NF = Não fumador. Entre parêntesis indica-se o número da pergunta na Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico.

Questionário de dados sócio-demográficos

O questionário de dados sócio-demográficos inclui o género, a data de nascimento, a idade actual, o estado civil, a escolaridade e a profissão, tendo-se considerado também informação sobre a altura e o peso. A determinação da classe sócio-económica baseou-se nos pressupostos da classificação social internacional estabelecida por Graffar (1956, s/d). Nesta tipologia, a determinação do nível social e económico é feita a partir de cinco dimensões capazes de caracterizar as famílias (profissão, escolaridade, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro de residência). Destas dimensões, porém, apenas se utilizaram a profissão e a escolaridade. O motivo desta escolha prende-se, não só com o carácter intrusivo das questões relativas aos rendimentos familiares, mas também com a dificuldade e subjectividade de classificar o conforto do alojamento e o aspecto do bairro. Por outro lado, a literatura (GCOMS, 1994) sugere que apenas o número de anos de educação pode constituir um indicador adequado do nível sócio-económico, sendo dispensável introduzir questões adicionais. O nível profissional e o nível de escolaridade foram, assim, classificados de acordo com cinco graus (ver Quadro XIX).

Importa referir que esta lista de profissões e de títulos escolares ou académicos apenas serve como guia para classificação. A maioria das profissões não se encontram discriminadas e, tratando-se de uma lista elaborada em 1956, é natural que exclua várias actividades e ocupações profissionais, entretanto criadas (ex. técnico de informática, *designer*). Tendo como referência estes critérios, estabeleceu-se uma pontuação para o nível profissional e outra para o nível de escolaridade, variando entre um ponto (nível sócio-económico alto) e cinco pontos (nível sócio-económico baixo). A determinação final do nível sócio-económico resulta do somatório destas duas pontuações, distinguindo-se cinco classes (ver Quadro XX).

Quadro XIX. Critérios para classificação do nível profissional e de escolaridade.

Nível profissional	Nível de escolaridade
1º Grau	**1º Grau**
Directores de bancos	Ensino universitário ou equivalente
Directores técnicos de empresas	Professor universitário ou assistente
Licenciados	Doutores ou licenciados
Engenheiros	Diplomados
Profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais	Títulos universitários ou escolas de superiores
Militares de alta patente	Economistas
2º Grau	Notários
Chefes de secções administrativas	Juizes ou magistrados
Chefes de negócios de grandes empresas	Agentes do Ministério Público
Subdirectores de bancos	Militares de academia
Peritos e técnicos	Escolaridade superior a 12 anos
3º Grau	**2º Grau**
Adjuntos técnicos	Ensino médio
Desenhadores	Ensino técnico superior
Caixeiros	Escolaridade entre 10 e 12 anos
Contramestres	**3º Grau**
Oficiais de primeira	Ensino médio ou técnico inferior
Encarregados	Curso de liceu
Capatazes e mestres de obras	Curso industrial ou comercial
4º Grau	Militares de baixa patente
Motoristas	Militares sem academia
Polícias	Escolaridade entre 8 e 9 anos
Cozinheiros	**4º Grau**
5º Grau	Ensino primário completo
Jornaleiros	Escolaridade entre 4 e 6 anos
Mandaretes	**5º Grau**
Ajudantes de cozinha	Ensino primário incompleto ou nulo
Mulheres de limpeza	Saber ler e escrever ou analfabetos
	Escolaridade inferior a 4 anos

Quadro XX. Pontuações para determinação das classes sócio-económicas.

Pontuações	Graffar	NSE
2	Classe I	Alto
3-4	Classe II	Média alto
5-6	Classe III	Médio
7-8	Classe IV	Médio baixo
9-10	Classe V	Baixo

Legenda: NSE = Nível sócio-económico.

Algoritmo do Estádio

Reconhecer que os processos humanos de mudança são afectados por contingências pessoais e ambientais, implica aceitar que a mudança resulta mais da necessidade ou de um estado de prontidão e não tanto de traços da

personalidade (Miller & Rollnick, 1991). A prontidão para a mudança, por seu turno, pode ser definida como o nível de motivação para alterar um padrão comportamental considerado problemático ou insatisfatório (Carey et al., 1999). Naturalmente, este estado motivacional apresenta flutuações em diferentes momentos ou situações. Compreender como e porquê as pessoas mudam, recorrendo ou não ao apoio psicoterapêutico, foi um dos principais objectivos do modelo transteórico, desenvolvido por James Prochaska e Carlo DiClemente (1982). Entre outras dimensões deste modelo (i.e. processos de mudança, balanço decisório, auto-eficácia e recaída), os autores começaram por descrever a série de estádios que a pessoa atravessa até atingir a mudança. Apesar da investigação inicial ter identificado cinco estádios de mudança (Prochaska & DiClemente, 1982), em estudos posteriores apenas se encontraram quatro (McConnaughy et al., 1983, 1989). Por esta razão, durante vários anos, o modelo baseou-se em quatro estádios, omitindo-se a fase de preparação, situada entre a contemplação e a acção. Mais tarde, viria a ser conceptualizado um sexto estádio, colocado após a manutenção e designado por "terminação" (Prochaska, Johnson & Lee, 1998). Tendo sido já feita a caracterização destas fases no sub-Capítulo relativo aos fundamentos psicossociais, não a iremos repetir.

A crescente popularidade que as concepções sobre os estádios e a prontidão para a mudança têm vindo a ganhar, levou à proliferação dos instrumentos para avaliação destas dimensões, embora, em geral, seja dada pouca atenção às suas qualidades métricas. Um estudo de revisão feito por Carey e seus colegas (1999) encontrou doze medidas, destacando-se a *University of Rhode Island Change Assessment Scale* - URICA (McConnaughy et al., 1989), a *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* - SOCRATES (Miller & Tonigan, 1996) e o Algoritmo do Estádio - AE (Prochaska, 1994):

- **URICA.** Esta escala é composta por trinta e dois itens que permitem calcular pontuações correspondentes a quatro estádios de mudança (pré-contemplação, contemplação, acção e manutenção). Cada estádio é avaliado por um conjunto de oito itens, os quais descrevem atitudes, intenções e acções associadas à mudança de comportamentos problemáticos. As respostas são assinaladas recorrendo a uma escala de Likert com cinco pontos. Em cada estádio, as pontuações podem oscilar

entre oito e quarenta, correspondendo as mais elevadas às pessoas que se encontram nos respectivos estádios. Este método permite, simultaneamente, determinar pontuações para cada fase e identificar o(s) estádio(s) dominante(s). Carbonari e associados (cit. in Connors, Donovan & DiClemente, 2001), estudando uma amostra de alcoólicos, produziram duas versões abreviadas da URICA, uma com doze e outra com vinte e quatro itens.

- **SOCRATES.** Em termos conceptuais trata-se de uma escala análoga à URICA que inclui mesmo alguns dos seus itens. As quarenta questões da escala são elaboradas, respondidas e classificadas de forma semelhante às da URICA, embora a SOCRATES inclua cinco estádios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção). Os autores da escala (Miller & Tonigan, 1996) criaram também uma forma abreviada de dezanove itens, para utilização em contextos de alcoolismo (versão 5A) e consumo de outras drogas (versão 5D). Atendendo às suas qualidades métricas, estas versões têm sido recomendadas em substituição da forma mais longa.
- **AE.** O Algoritmo do Estádio é um dos métodos mais utilizados na determinação do estádio de mudança (Connors, Donovan & DiClemente, 2001). Este procedimento permite avaliar cinco estádios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção). O AE tem cinco questões de resposta e cotação simples: (1) actualmente fuma? (2) pensa parar nos próximos seis meses? (3) pensa parar nos próximos trinta dias? (4) no último ano quantas vezes parou de fumar, pelo menos vinte e quatro horas? (5) quanto tempo ficou sem fumar? Atendendo à sua eficácia, optou-se, neste trabalho, por utilizar o AE para definir os estádios de mudança dos fumadores. A adaptação das perguntas para o formato de entrevista estruturada (ver Quadro XXI), levou em consideração o protocolo apresentado pelo *Cancer Prevention Research Center* (CPRC, 2003).

Quadro XXI. Versão adaptada do Algoritmo do Estádio e respectiva cotação.

Actualmente é fumador(a)?		**Estádio**
Fumador		
No último ano, quantas vezes parou de fumar, pelo menos 24 horas?		
Está a pensar seriamente em parar de fumar?		
Sim, nos próximos 30 dias	Com 1 tentativa de 24 h no último ano	Preparação
	Sem tentativa de 24 h no último ano	Contemplação
Sim, nos próximos 6 meses		Contemplação
Não pensa em parar		Pré-contemplação
Ex-fumador		
Parou nos últimos 6 meses		Acção
Parou há mais de 6 meses		Manutenção
Nunca fumou		-

Baseado em CPRC (2003), Prochaska (1994).

Embora este método seja eficiente, deve notar-se que existem algumas dificuldades na sua utilização. Em primeiro lugar, há variações na maneira de definir os estádios do algoritmo. Crittenden e colaboradores (1998), por exemplo, estudaram uma amostra de 659 fumadoras e dividiram o estádio de pré-contemplação em três subgrupos (sem plano para mudar, a pensar em reduzir, a pensar em parar daqui a mais de seis meses). Em segundo lugar, os intervalos de tempo usados para definir os estádios têm vindo a mudar. Nos estudos iniciais de Prochaska e DiClemente (1983), os algoritmos definiam a pré-contemplação como a ausência de intenção de parar durante o próximo ano, ao passo que os trabalhos posteriores reduziram o critério temporal para seis meses (Connors, Donovan & DiClemente, 2001; Prochaska, 1994; Prochaska, Johnson & Lee, 1998).

No que se refere à precisão do AE, existem também várias limitações. Por um lado, a estrutura do algoritmo impede o cálculo de indicadores de consistência interna. Por outro lado, o método teste-reteste é pouco útil, atendendo ao facto de que certos estádios de mudança são mais instáveis que outros, podendo oscilar rapidamente. Apesar destas dificuldades, Morera e colaboradores (1998) avaliaram 261 fumadoras em seis momentos diferentes e obtiveram coeficientes de estabilidade que oscilaram entre os 0,88 e os 0,98. O estudo estimou também que a precisão do algoritmo variava entre 0,69 e 0,76, nos seis momentos de avaliação. Estes dados sugerem existir uma precisão aceitável dos estádios de mudança avaliados através do AE.

Em termos da validade convergente o cenário parece bastante mais favorável, particularmente no domínio do tabagismo, considerando a elevada consistência dos resultados produzidos pelas várias investigações nesta área (Carey et al., 1999), relacionando a AE e os processos de mudança (DiClemente et al., 1991), o balanço decisório (Prochaska, 1994; Prochaska et al., 1994) e a auto-eficácia (DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985). DiClemente e associados (1991) assinalaram que os contempladores, em comparação com as pessoas em fase de pré-contemplação, têm pontuações mais elevadas em escalas que avaliam processos de mudança e maior número de tentativas para parar. Por seu turno, comparativamente com os fumadores em contemplação, aqueles que se encontravam em fase de preparação manifestaram maior activação dos processos de mudança, mais tentativas para deixar de fumar, com 80% destes fumadores a referir terem parado pelo menos vinte e quatro horas nos últimos seis meses, bem como menor nível de dependência física da nicotina, menor consumo diário de cigarros e menos prazer em fumar. Os autores concluem também que a fase de mudança constitui um preditor da intenção de fazer tentativas de cessação. Assim, os fumadores em fase de preparação recorreram mais frequentemente a manuais de auto-ajuda para deixar de fumar, do que os seus pares em fase de contemplação ou pré-contemplação. Outros dados que contribuem para a validação dos estádios de mudança, têm a ver com o balanço decisório (prós e contras). Num destes trabalhos, Prochaska e associados (1994) avaliou a afinidade entre doze comportamentos problemáticos (cessação tabágica, controlo do peso, adesão a rastreios, uso de preservativo, etc.), concluindo que, de uma forma geral, os argumentos a favor do comportamento problemático predominam na fase de pré-contemplação, enquanto, no estádio de acção, predominam os argumentos contra.

Escala de Motivação para Deixar de Fumar

A avaliação da motivação para deixar de fumar baseou-se numa escala da *Washington State Pharmacy Association* - WSPA (WSPA, s/d), designada por Escala de Motivação para Deixar de Fumar (EMDF). O instrumento é composto por oito itens nos quais se pede à pessoa para avaliar em que medida cada afirmação é verdadeira, utilizando, para o efeito, uma escala de Likert com seis

pontos (0 - “nada”; 1 - “muito pouco”; 2 - “pouco”; 3 - “moderadamente”; 4 - “bastante”; 5 - “muitíssimo”). Alguns dos itens parecem referir-se claramente a uma dimensão motivacional (ex. item 2 - “Quero parar de fumar”), enquanto outros envolvem crenças de auto-eficácia (ex. item 8 - “Tenho capacidade para deixar de fumar”). Contrariamente aos restantes itens, as perguntas um e quatro contêm afirmações redigidas pela negativa (item 4 - “Neste momento, a minha vida não é muito stressante”). As pontuações podem oscilar entre 0 e 40 e os valores mais elevados indicam níveis elevados de motivação para deixar de fumar. Apesar do interesse desta escala e de ter sido solicitada informação adicional à WSPA, não se conseguiu encontrar literatura sobre as características ou qualidades métricas do instrumento. Devido à validade facial dos itens e à sua reduzida dimensão, manteve-se a EMDF no nosso protocolo de investigação e foi decidido avaliar as suas qualidades métricas.

Questionário CAGE

Apenas uma parcela reduzida dos abusadores de álcool são efectivamente identificadas pelos técnicos de saúde. Um estudo sobre os hábitos alcoólicos, em contexto cirúrgico, revelou que entre 10% a 30% destes doentes apresentavam problemas graves com o álcool, particularmente quando eram referidos pelos serviços de urgências ou quando se tratava de vítimas de acidentes (Chick, 1987). Sabe-se, por outro lado, que a ingestão de álcool e de outras substâncias psicoactivas, como a cafeína, estão frequentemente associadas ao tabagismo (Burton & Tiffany, 1997; Emmons et al., 1998; Hughes et al., 1986; Manso, 1999; Vanable et al., 2003), o que realça a importância de avaliar conjuntamente estes consumos. Neste domínio, o questionário CAGE é um dos instrumentos mais utilizados para despistar problemas relacionados com o consumo de álcool na população geral, sendo especialmente adequado na triagem de grupos com grande dimensão. O CAGE também tem sido adaptado com o objectivo de avaliar o consumo de outras drogas, substituindo-se, para este efeito, a palavra “álcool”, em cada uma das perguntas, pelo nome da substância em questão (López et al., 2002). A aplicação do CAGE é fácil e rápida (1 minuto), não necessitando de treino por parte do testador. O questionário é constituído por quatro perguntas de natureza não incriminatória, com duas alternativas de

resposta, sim / não. A cada resposta afirmativa é atribuído um ponto, podendo as pontuações oscilar entre 0 e 4. Na sua versão original, as quatro letras iniciais das palavras *cut, annoy, guilty, eye opener* formam o acrónimo CAGE (ver Anexo 1).

No estudo de validação do CAGE, Mayfield, McLeod e Hall (1974) sugerem que a presença de duas ou mais respostas positivas constitui um critério robusto da presença de problemas relacionados com o abuso de álcool (r = 0,89). Um trabalho de King (1986), também confirma a eficácia de estabelecer como valor de corte pontuações iguais ou superiores a dois pontos. Num estudo de meta-análise desenvolvido por Aertgeerts, Buntinx e Kester (2004), porém, conclui-se que um ponto de corte maior ou igual a dois valores apresenta reduzida validade. Os autores sugerem que resultados de um ponto podem revelar boa sensibilidade[56] na identificação de problemas relacionados com o álcool, em doentes hospitalizados, embora a especificidade[57] seja mais elevada ao nível dos cuidados de saúde primários. Segundo López e colaboradores (2002), o questionário apresenta valores de sensibilidade e especificidade elevados, quer em contexto hospitalar (81% e 97%, respectivamente), quer em ambientes extra-hospitalares (66% e 84%, respectivamente). No estudo citado, quando se utilizou uma resposta positiva como critério para detecção de problemas com o álcool, obteve-se maior sensibilidade (86-90%) e menor especificidade (52-93%), enquanto pontuações de dois ou mais pontos se traduziram por uma sensibilidade de 78-81% e uma especificidade de 76-96%. Com uma versão brasileira do CAGE, em que se utilizou o ponto de corte tradicional (≥ 2), obtiveram-se valores de 84,7% para a sensibilidade e de 73,3% para a especificidade. Os autores concluem sobre a possibilidade de obter valores diferentes com a definição de outros pontos de corte, fazendo com que o questionário se torne mais sensível ou específico, consoante a finalidade da utilização (Filho et al., 2001). Das quatro perguntas, aquela que apresenta menor poder preditivo é a segunda, com 50% dos alcoólicos a responder de forma

[56] A sensibilidade é a proporção dos indivíduos verdadeiramente doentes, na população rastreada, que são identificados como doentes (verdadeiros positivos) pelo teste de rastreio. Trata-se de uma medida da probabilidade de diagnosticar correctamente um caso ou da probabilidade de um caso ser identificado naquela população, pelo teste (Last, 1995).

[57] A especificidade é a proporção dos indivíduos verdadeiramente não doentes que são identificados como não doentes (verdadeiros negativos) pelo teste de rastreio. É uma medida da probabilidade do teste identificar correctamente um não doente na população em rastreio (Last, 1995).

negativa (Mayfield, McLeod & Hall, 1974). De uma forma geral, porém, aquilo que decorre da análise da literatura é que o CAGE constitui um método eficaz na detecção de pessoas que abusam do álcool (Bush et al., 1987; Filho et al., 2001; Liskow et al., 1995; Saremi et al., 2001).

Em comparação com outros instrumentos, como por exemplo a versão reduzida do *Michigan Alcoholism Screening Test* - MAST (Pokorny, Miller & Kaplan, 1972), o CAGE destaca-se pela sua maior facilidade de utilização e pelo carácter menos intimidante das perguntas (Filho et al., 2001; Mayfield, McLeod & Hall, 1974). Estudando uma população geriátrica, Moore e associados (2002) avaliaram o nível de concordância entre o CAGE e o MAST. Segundo os autores, menos de metade das pessoas positivamente identificadas pelo CAGE ou pelo MAST (*geriatric version*), foram detectadas por ambos os instrumentos. Entre as pessoas com hábitos de consumo, aquelas que foram assinalados pelo CAGE bebiam mais do que as pessoas assinaladas pelo MAST. Este dado sugere que os instrumentos podem avaliar aspectos diferentes do consumo de álcool, sendo recomendável a utilização de ambas as medidas. Tendo como referência testes laboratoriais ao sangue, para rastreio do alcoolismo (ex. volume corpuscular médio), Girela e colaboradores (1994) referem a maior eficácia do CAGE na detecção de dependência do álcool, facto aliás confirmado por outros estudos (Bataille et al., 2003; Beresford et al., 1990; Bush et al., 1987). Num estudo conduzido por Shaper e seus colegas (1985), a combinação de cinco parâmetros biológicos apenas permitiu a identificação de 50% das pessoas com consumo grave de álcool. Tendo em consideração estes argumentos, Bataille e colaboradores (2003) sublinham a utilidade de utilizar conjuntamente técnicas bioquímicas e questionários de relato pessoal.

Segundo O'Hare e Tran (1997), o CAGE apresenta também algumas limitações, designadamente na detecção dos hábitos alcoólicos em adolescentes e em populações femininas de estudantes universitárias. Siegfried e colegas (2001), estudando uma amostra rural do Lesoto, sugerem que a sensibilidade do CAGE é mais elevada nas mulheres do que nos homens, ocorrendo o oposto em relação à especificidade. O facto de o consumo de álcool ser socialmente menos aceite entre as mulheres poderá provocar um aumento da proporção de falsos positivos na população feminina, em consequência da tendência a responder afirmativamente à questão - "alguma vez se sentiu mal ou culpabilizado(a) pelo

facto de beber?". Por esta razão, os autores sugerem que o CAGE não é um instrumento apropriado para a triagem de hábitos alcoólicos nas mulheres inseridas em ambientes rurais. A utilidade do questionário também parece ser reduzida na avaliação de hábitos alcoólico em adultos que sofrem de esquizofrenia ou de perturbação esquizoafectiva, constatação que justificou a elaboração de uma versão modificada do CAGE (Lehman, Holohan & Kettl, 1999).

2.3.2. Perfil emocional

A selecção dos instrumentos que compõem o protocolo para avaliação do perfil emocional baseou-se, parcialmente, num texto de Spielberger e associados (1995). Os autores compararam a importância de avaliar os estados emocionais, ao exame dos sinais físicos vitais que o médico efectua de forma rotineira (ex. pulsação, pressão arterial, temperatura). Esta avaliação física permite recolher indicações, não apenas sobre o estado geral de saúde, mas também do funcionamento cardiovascular, neuro-endócrino e imunitário. De forma análoga, também se devem avaliar sistematicamente a ansiedade, a depressão e a ira, já que se trata de sinais emocionais vitais capazes de influenciar o bem-estar e o equilíbrio dos vários sistemas orgânicos.

Seguindo esta linha de raciocínio e tendo em consideração os vários estudos que assinalam uma relação entre o tabagismo, a ansiedade (Hughes et al., 1986; Goodwin & Hamilton, 2002; Patton et al., 1996) e a depressão (Breslau et al., 1998; Glassman et al., 1990), considerou-se imprescindível incluir uma medida do traço de ansiedade (Forma Y2), avaliado através do *State-Trait Anxiety Inventory*® - STAI® (Silva & Campos, 1999; Silva & Correia, s/d; Spielberger, 1983) e uma medida de depressão, avaliada pelo *Beck Depression Inventory*® - BDI® (Beck et al., 1979). Não se justificou a avaliação da ira, por não se ter encontrado um número sugestivo de referências, relacionando o tabagismo e a ira. Em alternativa, optou-se por estudar o papel desempenhado pelo padrão de comportamento tipo A (PCTA) que revela alguma afinidade com outras emoções negativas, designadamente a ira, tendo-se incluído, para este efeito, a *Bortner Scale* - BS (Bortner, 1969). Considerando, por um lado, que

existem diferenças na percepção do stresse entre não fumadores, fumadores e ex-fumadores (Chassin et al., 2002; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; Parrott, 1995, 1999, 2000) e, por outro lado, o interesse em dispor de uma medida relacionada com o estado actual de stresse, em complemento à escala de traço de ansiedade, acrescentou-se à bateria de instrumentos do perfil emocional a *Perceived Stress Scale* - PSS, de dez itens - PSS-10 (Cohen & Williamson, 1988).

Na constituição do protocolo para recolha de dados houve a preocupação de planear a ordem de apresentação dos instrumentos (ver Anexo 2). Com o objectivo de facilitar a adaptação dos participantes à tarefa de preencher os questionários de relato pessoal, achou-se conveniente iniciar o protocolo com um instrumento mais breve e de fácil compreensão. Seleccionou-se, para este efeito, a BS, por ser um instrumento composto por menos itens e porque a resposta é feita mediante um diferenciador semântico com pares opostos de afirmações que tornam a leitura mais fácil e rápida. Numa fase em que o examinado se encontra mais ajustado à tarefa, surge o BDI®, composto por vinte e um itens respondidos através de uma escala de Guttman de quatro pontos (0, 1, 2, 3). Este é o instrumento com perguntas de tonalidade emocional mais negativa (ex. item 9 – "matava-me se tivesse oportunidade"). Para atenuar esse efeito e dada a maior extensão do BDI®, colocou-se de seguida a PSS-10 que é uma escala breve e de conteúdos mais neutros. O protocolo é concluído com uma medida de traço de ansiedade, o STAI®-Y2 que apesar de ter vinte itens é rapidamente preenchido. Assim, apresentação dos questionários tem a seguinte ordem: BS, BDI®, PSS-10 e STAI®-Y2 (ver Quadro XXII).

Quadro XXII. Protocolo para avaliação do perfil emocional.

Instrumentos	**Sigla**	**Nº itens**
Escala de Bortner *Bortner Scale*	BS	14
Inventário de Depressão de Beck® *Beck Depression Inventory®*	BDI®	21
Escala do Stresse Percepcionado *Perceived Stress Scale*	PSS-10	10
Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y2 *State-Trait Anxiety Inventory® - Form Y2*	STAI® - Y2	20
Total		**65**

Ainda a propósito da apresentação dos instrumentos no protocolo de avaliação, cabe referir um trabalho de Page e Bennesch (1993). Neste trabalho, os autores compararam as respostas obtidas no BDI®, quando surgia no cabeçalho do inventário a expressão - "Inventário de Depressão de Beck" (condição 1) ou a expressão - "Contrariedades quotidianas" (condição 2). O estudo concluiu que, na segunda condição, os homens ocultavam menos os seus sintomas depressivos, por considerarem tratar-se de reacções ou sentimentos aceitáveis e habituais perante as adversidades diárias. No mesmo sentido, se dirige a indicação de Spielberger (1983), ao sugerir que na aplicação do STAI® o examinador não deve utilizar o termo ansiedade, sendo preferível a expressão questionário de auto-avaliação. Assim, com o objectivo de promover um relato pessoal mais autêntico, optou-se por não colocar o nome completo dos instrumentos que integram o protocolo de avaliação do perfil emocional. Em alternativa adoptaram-se os seguintes título genéricos: "Escala de Bortner - BS", "Inventário de Beck - BDI®", "Questionário de auto-resposta - PSS-10" e "Questionário de auto-avaliação de Charles Spielberger - STAI® Forma Y2".

Bortner Scale

No Reino Unido, a *Bortner Scale* - BS (Bortner, 1969) é um dos instrumento mais utilizados para avaliar o padrão de comportamento tipo A[58] (Bass, 1984) e foi desenvolvida a partir de certos itens da Entrevista Estruturada - EE (Rosenman, 1978). A BS é um instrumento de preenchimento pessoal, com catorze pares de adjectivos ou frases que são respondidos por meio de um diferenciador semântico, graduado com vinte e quatro posições (ver Figura 5). Cada adjectivo ou frase pretende representar dois tipos contrastantes de comportamentos. Uma das descrições refere-se ao padrão de comportamento tipo A - PCTA (ex. "nunca se atrasa") e a outra ao padrão de comportamento tipo B – PCTB (ex. "frequentemente atrasado").

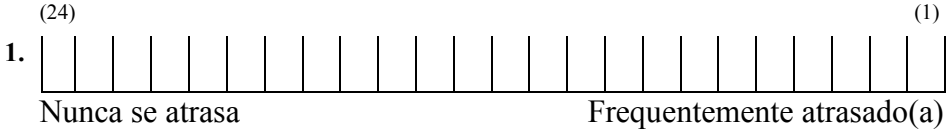


Figura 5. Diferenciador semântico na *Bortner Scale*.

[58] Para aprofundamento deste conceito recomenda-se a leitura de Friedman e Rosenman (1976) e Friedman (1996). Em português podem ser consultadas revisões de Trigo (2002) e Trigo, Silva e Rocha (2005).

Na instrução, pede-se, para cada par de afirmações, que a pessoa faça um traço (/) no ponto da linha que, em seu entender, corresponde à sua maneira habitual de se comportar. A pontuação total resulta da soma das respostas aos diferentes itens, podendo variar entre 14 (*min*.) e 336 (*máx*.). As pontuações altas identificam pessoas com PCTA e as pontuações baixas, sujeitos caracterizados por um PCTB. Para a cotação da BS, importa ter em atenção que as frases ou adjectivos relativos ao tipo A surgem de forma alternada, ora na extremidade esquerda (itens 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10), ora na extremidade direita do diferenciador semântico (itens 2, 5, 7, 11, 12, 13, 14). Os resultados apresentados pelo autor (Bortner, 1969), indicam que os homens classificados como tendo um PCTA (n = 47) obtiveram pontuações médias de 211,5 (DP = 30,3), ao passo que aqueles com um PCTB (n = 29), tiveram pontuações médias de 178,2 (DP = 35,8).

O estudo original (Bortner, 1969) de validação da escala envolveu 76 homens que foram previamente classificados através da EE como tendo um elevado PCTA, dos quais 72 participavam há cerca de cinco anos no *Western Collaborative Group Study* (Rosenman et al., 1964, 1975). Assim, através de um critério externo (EE) foi possível confirmar a validade convergente da BS. Neste estudo obteve-se também um nível aceitável de correlações inter-item (r = 0,68). Price (1979), por seu turno, com base numa amostra de 100 homens e utilizando o método do teste-reteste com intervalos de dois meses, obteve correlações de 0,74 entre as duas aplicações. Através do mesmo método, recorrendo a uma amostra de 142 pessoas, Johnston e Shaper (1983) também encontraram níveis elevados de correlação (r = 0,80) entre duas avaliações com um intervalo de dezassete semanas. Recorrendo ainda a este procedimento, Bass (1984) avaliou uma amostra de 99 doentes, com intervalos de quatro meses e conclui existirem valores altos de precisão (r = 0,84).

Numa investigação preliminar de validação (Flannery & Bowen, 1986), onde se investigou a relação entre a BS e a *Framingham Type A Scale* (FTAS), encontraram-se coeficientes de concordância positivos e significativos, entre as pontuações totais da BS e da FTAS (r = 0,31; p = 0,000), bem como entre a pontuação total da BS e a escala de traço da FTAS (r = 0,35; p = 0,000). Concluiu-se, contudo, que apesar destas escalas avaliarem uma dimensão comum do comportamento tipo A, a força desta associação é fraca. Nesta perspectiva, o poder preditivo das escalas deverá variar em função dos contextos de aplicação.

Quanto à influência do sexo no perfil de resposta à BS, não foram encontradas diferenças significativas. Num outro trabalho sobre a validade convergente, os resultados da BS apresentam uma correlação elevada (r = 0,71) com o *Jenkins Activity Survey* (Johnston & Shaper, 1983) e uma associação forte com a EE (Defourny & Frankignoul, 1973). Algumas advertências, porém, devem ser colocadas quanto à validade das avaliações feitas através deste tipo de medidas, nomeadamente no que se refere à desejabilidade social. Neste sentido, as respostas produzidas por pessoas com características hostis que pretendem dissimular o seu comportamento, bem como por indivíduos familiarizadas com o conceito de PCTA ou por doentes coronários aconselhados a alterar o seu estilo de vida, podem responder em função de estereótipos sociais ocultando os comportamentos efectivamente adoptados no quotidiano. Apesar de ter sido efectuada uma pesquisa bibliográfica em várias bases de dados, não se encontraram referências a investigações desenvolvidas com a população portuguesa, fazendo uso da BS.

Beck Depression Inventory®

A primeira versão do *Beck Depression Inventory®* - BDI® (Beck et al., 1961) foi desenvolvida com base na observação das atitudes e sintomas apresentados por doentes em psicoterapia psicanalítica, considerando que os instrumentos existentes na época não eram adequados. Numa fase inicial, o clínico aplicava o BDI®, embora, actualmente, seja utilizado como um instrumento de preenchimento pessoal (Beck et al., 1979). O inventário tem várias formas de apresentação, uma curta, com treze itens (Beck & Beck, 1972) e outras três longas, com vinte e um itens. Destas versões, uma corresponde à original, desenvolvida em 1961 (Beck et al., 1961), outra à reformulação produzida em 1978 e publicada um ano depois (Beck et al., 1979) e a terceira versão resulta de uma revisão efectuada em 1996, por Beck, Steer e Brown. O facto de o BDI® não se basear numa concepção teórica e etiológica, mas antes na observação semiológica, poderá ter contribuído para que o inventário se tornasse num dos instrumentos mais frequentemente usados na avaliação dos sintomas depressivos em adolescentes e adultos. Entre os sinais e sintomas avaliados, destacam-se o humor, o pessimismo, a insatisfação, o sentimento de falhanço, a culpa, a

punição, a depreciação pessoal, a ideação suicida, o choro, a irritabilidade, o isolamento social, a indecisão, a distorção da imagem corporal, a dificuldade em trabalhar, as perturbações do sono, a fadiga, a perda de apetite e peso, as preocupações somáticas e a diminuição da libido (Beck et al., 1961).

O inventário é respondido através de uma escala de Guttman que apresenta, para cada item, quatro afirmações que descrevem sintomas de intensidade crescente (ver Figura 6). A pessoa deve optar pela frase que melhor corresponde à sua maneira de se sentir durante a última semana, incluindo o dia de hoje ou, no caso da última versão, nas duas últimas semanas. O BDI® constitui, assim, uma medida do estado de humor, válida apenas para o período de tempo em questão. A cotação é feita através de uma escala com quatro pontos (0, 1, 2, 3), correspondendo o zero à ausência ou presença pouco significativa do sintoma, enquanto o três assinala uma manifestação muito intensa. O resultado final é obtido pela soma dos pontos de cada um dos itens, podendo variar entre 0 e 63. É também possível calcular pontuações parciais para os factores cognitivo-emocionais e somáticos. Esta possibilidade é importante em pessoas que rejeitam a ideia de se sentirem tristes, mas aceitam outros sintomas associados à depressão, designadamente a perda de energia e do apetite, as perturbações do sono, a falta de energia para as actividades ou redução do prazer nas actividades diárias. O tempo de aplicação é de cinco a dez minutos, podendo prolongar-se até aos quinze minutos, nos casos em que a recolha é feita de forma oral (Beck et al., 1979).

1.	Ex. "(…) não me sinto (…)"	(0)
	Ex. "(…) sinto-me (…)"	(1)
	Ex. "(…) sinto-me muito (…)"	(2)
	Ex. "(…) sinto-me totalmente (…)"	(3)

Figura 6. Escala de Guttman utilizada no *Beck Depression Inventory*®.

O *Center for Cognitive Therapy* (Beck, Steer & Garbin, 1988) usa os seguintes critérios para classificação das pontuações do BDI®: sem depressão ou depressão mínima (0-9 pontos), depressão leve a moderada (10-18 pontos), depressão moderada a grave (19-29 pontos) e depressão grave (30-63 pontos). Na população geral, recomenda-se que as pontuações acima dos quinze pontos assinalem casos de disforia, reservando-se a identificação de depressão para os

resultados acima dos vinte pontos, preferencialmente com confirmação através de diagnóstico clínico (Kendall et al., 1987).

Num estudo sobre as propriedades psicométricas do BDI®, desenvolvido com uma amostra de estudantes universitários brasileiros (Gorestein & Andrade, 1998), as pontuações médias foram de 8,5 (*DP* = 7,0), revelando as mulheres valores significativamente mais elevados (*M* = 9,7; *DP* = 7,8) do que os homens (*M* = 7,1; *DP* = 5,6). Neste estudo, 86,9% das pessoas apresentaram valores abaixo dos dezasseis pontos, 7,5% pontuações entre dezasseis e vinte pontos e apenas 5,6% pontuou acima dos vinte pontos. Os autores concluem, assim, que a determinação do ponto de corte depende da natureza da amostra e do objectivo para o qual o instrumento está a ser usado. Se o propósito é incluir o maior número de casos com possibilidade de apresentar sintomatologia depressiva, então o ponto de corte deverá ser baixo, mas o número de falsos positivos aumentará. Para garantir uma detecção mais rigorosa, será útil optar por um valor de corte mais elevado (Beck, Steer & Garbin, 1988). Em relação às diferenças de género na incidência de depressão, é importante assinalar a controvérsia que o assunto tem suscitado. Enquanto alguns estudos (Gorestein & Andrade, 1998; Stoppard, 1989) sugerem que a depressão é mais frequente nas mulheres do que nos homens, outros trabalhos (Page & Bennesch, 1993; Plumb & Holland, 1977; Pyke & Toukmanian, 1989) não encontram diferenças significativas entre os géneros. Uma das hipóteses sugere que os homens não respondem de forma fidedigna a este tipo de questionários, mascarando os sintomas depressivos por razões culturais (ex. "um homem não chora"). Estas divergências deixam em aberto a necessidade de se desenvolverem mais investigações sobre o assunto.

A análise de vinte e cinco estudos sobre a consistência interna do BDI® (Beck, Steer & Garbin, 1988), permitiu concluir que, em populações psiquiátricas, os coeficientes alfa de Cronbach variaram entre 0,76 e 0,95, enquanto, nas amostras não psiquiátricas, esses valores oscilaram entre 0,73 e 0,92. A consistência interna da forma curta do inventário, apresentou valores comparáveis aos da forma longa. Relativamente à estrutura factorial, um estudo de Tanaka e Huba (1984) sugere que o inventário possui uma estrutura geral que corresponde à síndroma depressiva, a qual, por sua vez, pode ser decomposta em três factores inter-correlacionados: atitudes negativas em relação a si próprio, disfunção da capacidade de desempenho e distúrbios somáticos. Estudos com o

BDI-II® apontam para uma estrutura factorial de dois factores, um cognitivo e outro somático (Beck, Steer & Brown, 1996), enquanto outros trabalhos, apesar de confirmarem estes dois factores, identificam um factor de segunda ordem que intitulam de depressão (Arnau et al., 2001). A solução de três factores (cognitivo, somático e depressão ou culpa/punição) tem sido menos frequentemente sugerida, embora alguns estudos a confirmem (Steer et al., 1998).

No que se refere à validade de conteúdo, o facto de o BDI® incluir seis dos nove critérios definidos na terceira edição dos critérios de diagnóstico e estatística das doenças mentais - DSM-III (APA, 1986), contribui para a sua validade. A validade discriminante do BDI®, na identificação de pessoas com e sem depressão na população geral, bem como em diferentes contextos de doença psiquiátrica e física, é igualmente elevada (Beck, Steer & Garbin, 1988). Tendo como critério de comparação a *Hamilton Rating Scale for Depression* - HRS (Hamilton, 1960) e a *Zung Self-rating Depression Scale* - ZSDS (Zung & Durham, 1965), pode concluir-se que o BDI® apresenta elevada validade concorrente (r = 0,72 e r = 0,76, respectivamente), em populações psiquiátricas (Beck, Steer & Garbin, 1988). Um estudo de meta-análise (Lambert et al., 1986), onde se procedeu à revisão de trinta e seis investigações que utilizaram simultaneamente duas ou mais medidas de depressão, entre as quais o BDI®, o ZSDS e o HRS, apresenta resultados interessantes. O HRS revela maior sensibilidade na avaliação de melhorias nos doentes deprimidos, quando comparado ao BDI® e ao ZSDS. Este facto pode dever-se, quer à tendência para o HRS sobrestimar as melhorias, em com comparação com o BDI® e o ZSDS, quer a diferenças na natureza e propósito destes instrumentos. Por outro lado, embora o BDI® e o ZSDS apresentem idêntica validade na detecção de sintomas depressivos, o ZSDS é menos eficaz na identificação de flutuações na sintomatologia depressiva. Num estudo posterior, realizado pelo mesmo grupo de investigação (Lambert, Masters & Astle, 1988), chegou-se a resultados contraditórios. Nessa investigação, a comparação entre o BDI®, o ZSDS e a HRS revelou que o ZSDS seria o instrumento com maior sensibilidade na identificação de melhorias, durante as primeiras três semanas de tratamento, enquanto a eficácia do BDI® foi mais marcada na detecção de progressos clínicos a partir da terceira semana. A HRS, por seu turno, teve resultados intermédios entre a ZSDS e o BDI®. Apesar de Beck, Steer e Garbin (1988), genericamente

considerarem que a relação entre o BDI® e os principais instrumentos para avaliação da depressão é elevada, em populações com e sem doença, na realidade o inventário parece revela-se especialmente apropriado para utilização em contextos psiquiátricos.

O estudo das qualidades psicométricas do BDI® também foi feito em amostras da população portuguesa. McIntyre e Araújo-Soares (1999), por exemplo, investigaram a fidelidade e a validade do inventário junto de 69 pessoas com dor crónica. O coeficiente alfa de Cronbach para os vinte e um itens do inventário foi de 0,86. O estudo da validade de constructo, através de uma análise factorial em componentes principais, seguida de rotação Varimax, levou à extracção de dois factores capazes de explicar 40,7% da variância. Enquanto o primeiro factor é constituído por treze itens que se referem a uma dimensão predominantemente cognitiva (sub-escala cognitiva, $\alpha = 0,84$), o segundo factor tem oito itens (sub-escala somática, $\alpha = 0,76$) relacionados com uma dimensão somática ou fisiológica (ver Quadro XXIII). A correlação entre as duas sub-escalas é relativamente baixa ($r = 0,485$), revelando alguma independência na avaliação de duas dimensões da síndroma depressiva. Porém, as correlações com a pontuação total da escala são elevadas, quer na sub-escala cognitiva ($r = 0,910$), quer na sub-escala somática ($r = 0,804$), o que denota que as sub-escalas avaliam um constructo comum. A pontuação média do total da escala para o sexo masculino é de 11,79 ($DP = 6,92$) e para o feminino de 16,34 ($DP = 9,31$).

Num outro estudo que envolveu 775 adolescentes portugueses, obtiveram-se dados preliminares relativamente às propriedades psicométricas do BDI-II® (Martins et al., 2000). O coeficiente alfa de Cronbach do inventário foi de 0,89 e a média das pontuações totais de 10,31 ($DP = 8,43$). As raparigas ($M = 11,48$; $DP = 8,83$) obtiveram resultados significativamente mais elevados do que os rapazes ($M = 8,45$; $DP = 7,39$) e os jovens fumadores e/ou com consumos de álcool também apresentaram índices de depressão superiores aos seus pares abstinentes. No caso das raparigas fumadoras ($M = 15,90$; $DP = 10,96$), comparativamente com as não fumadoras ($M = 10,87$; $DP = 8,70$), registou-se uma diferença significativa ($p = 0,004$). Os autores sugerem ser possível que a menor tendência para os rapazes relatarem sintomas depressivos se deva à sua dificuldade em reconhecer e assumir este tipo de sensações subjectivas e atitudes.

Quadro XXIII. Estrutura factorial do BDI® em pacientes com dor crónica.

Item	Carga factorial	
	Factor I Cognitiva	Factor II Somática
1	0,539	
2	0,662	
3	0,721	
4	0,689	
5	0,582	
6	0,610	
7	0,696	
8	0,524	
9	(0,210)	0,445
10	0,493	
11	0,414	
12	0,504	
13	0,555	
14		0,511
15		0,708
16		0,649
17		0,843
18	(0,280)	(0,174)
19		(0,152)
20		0,693
21		0,712

Fonte: McIntyre e Araújo-Soares (1999).

Apesar das reconhecidas qualidades psicométricas do BDI®, existem simultaneamente algumas limitações que, aliás, são idênticas às que afectam outros instrumentos de preenchimento pessoal para avaliação de dimensões emocionais. Uma das questões prende-se com a dificuldade em diferenciar a depressão de outros estados emocionais negativos, designadamente da ansiedade, em amostras não clínicas. Aquilo que tem sido sugerido é que a avaliação emocional, através de questionários apenas serve para captar dimensões gerais de emocionalidade e não emoções específicas como a depressão ou a ansiedade. Tanaka-Matsumi e Kameoka (1986) desenvolveram uma investigação na qual estudaram a validade discriminante de diversos inventários de ansiedade e depressão, incluindo o BDI®, obtendo correlações elevadas e significativas entre estas medidas (ex. $r = 0{,}73$, $p < 0{,}001$). Uma das conclusões que os autores retiram destes dados refere-se, precisamente, à falta de validade discriminante destes instrumentos na identificação de sintomas depressivos, em amostras de

estudante universitários. Neste sentido, Clark e Watson (1991), discutindo o problema da comorbilidade entre a ansiedade e a depressão, bem como a validade dos vários questionários, propõem um modelo tripartido das emoções. Segundo este modelo, quer a ansiedade, quer a depressão estão sob a influência de um factor geral de afectividade negativa, o qual, por seu turno, depende de dois factores específicos, a hiper-reactividade fisiológica (RF), habitual na ansiedade e a baixa afectividade positiva (AP), habitual na depressão. Assim, a elevação da afectividade negativa será uma manifestação comum aos doentes ansiosos e depressivos, sendo necessária uma discriminação mais fina destas entidades clínicas, através da ponderação de factores específicos (RF e AP). Como estas duas dimensões estão habitualmente ausentes dos tradicionais instrumentos que avaliam a afectividade negativa, torna-se compreensível a sua elevada correlação.

Perceived Stress Scale

O impacto exercido pelas situações indutoras de stresse é mediado pela percepção da pessoa. Deste ponto de vista, os estímulos de stresse, por si só, são insuficientes para provocar doença, pois o seu potencial patogénico resulta da transacção entre a pessoa e o ambiente. Isto quer dizer que os efeitos do stresse apenas ocorrem quando: (a) a situação é avaliada como ameaçadora ou exigente e (b) existe escassez de recursos para lidar com esse desafio. O impacto dos acontecimentos resulta, pois, de processos cognitivos e emocionais que determinam a intensidade e a qualidade da resposta do indivíduo. Estes mecanismos de avaliação-reacção colocam a ênfase no stresse percebido, em oposição ao stresse objectivo. Por seu turno, o facto de a doença resultar essencialmente da exposição a níveis globais de stresse e não tanto do confronto com um evento particular, sublinha a necessidade de desenvolver medidas desta natureza (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Acresce que algumas escalas de stresse contêm questões relacionadas com a percepção de controlo sobre as pressões exteriores, as quais são habitualmente excluídas nos instrumentos que avaliam outras dimensões emocionais (Cohen & Williamson, 1988). Deve, contudo, notar-se que, em algumas circunstâncias, a distinção entre stresse percebido e disfunção psicológica é difícil de estabelecer, já que as sensações de

stresse e de exaustão emocional podem ser interpretadas como sinais de disfunção psicológica. É, porém, possível que os acontecimentos de vida induzam stresse, sem provocarem morbilidade psicológica.

A *Perceived Stress Scale* - PSS (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) é um instrumento de relato pessoal que permite obter uma avaliação global do stresse, ou seja, até que ponto os acontecimentos de vida são percebidos como indutores do stresse, em consequência do seu carácter imprevisível, incontrolável ou excessivo. Considerando que o stresse percepcionado é influenciado por eventos quotidianos, relações interpessoais e alterações na disposição pessoal, o valor preditivo da PSS pode diminuir acentuadamente, nas primeiras quatro a seis semanas, após a sua aplicação. Assim, a instrução da PSS refere-se à frequência com que um contexto geral de vida ocorreu durante o último mês, não especificando uma situação particular (ex. item 3 - "No último mês, com que frequência se sentiu nervoso e em stresse?"). Existem três versões da PSS, uma mais longa de catorze itens (PSS-14), outra de dez itens (PSS-10) e uma forma reduzida com quatro itens (PSS-4), caracterizando-se todas pela facilidade de aplicação e cotação (op cit.; Cohen & Williamson, 1988). A PSS-10 inclui os itens 1 a 3, 6 a 11 e 14, enquanto a PSS-4 é composta pelos itens 2, 6, 7 e 14. As respostas são assinaladas mediante uma escala de Likert com cinco pontos (0 - nunca, 1 - quase nunca, 2 - algumas vezes, 3 - frequentemente e 4 - muito frequente) e os resultados totais oscilam entre 0-56 (PSS-14), 0-40 (PSS-10) e 0-16 (PSS-4). Para calcular a pontuação final é necessário ter em consideração que vários itens se referem a situações positivas, sendo necessário inverter a cotação das respostas aos itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13, na PSS-14, aos itens 4, 5, 7 e 8, na PSS-10 e aos itens 2 e 3, na PSS-4 (ver Quadro XXIV).

Quadro XXIV. Composição das escalas e itens cotados de forma inversa no PSS.

Versão	**N.º do item**													
PSS-14	1	2	3	**4**	**5**	**6**	**7**	8	**9**	**10**	11	12	**13**	14
PSS-10	1	2	3			**4**	**5**	6	**7**	**8**	9			10
PSS-4		1				**2**	**3**							4

Nota: Os números a negrito são cotados de forma inversa.

Entre os principais estudos desenvolvidos por Cohen e associados (1983, 1988), relativos aos valores normativos e qualidades psicométricas da PSS,

destaca-se o trabalho datado de 1988, que envolveu uma amostra estratificada de 2387 cidadãos norte-americanos. As pontuações médias obtidas pelo total de participantes na PSS-14, PSS-10 e PSS-4, foram respectivamente 19,62 (*DP* = 7,49), 13,02 (*DP* = 6,35) e 4,49 (*DP* = 2,96). Registaram-se níveis de stresse mais elevados nas mulheres do que nos homens e observou-se uma correlação negativa fraca, mas significativa, entre as pontuações na PSS e a idade, sugerindo que a percepção de stresse tende a declinar à medida que a idade aumenta. Os caucasianos referiram menos stresse do que outros grupos étnicos, embora esta diferença só seja estatisticamente significativa, quando comparada com os negros. As pontuações na PSS também diminuíram à medida que o nível educacional era mais elevado. Inversamente, com o aumento da dimensão do agregado familiar, tornou-se mais elevada a percepção de stresse.

O estudo da precisão das três versões da PSS baseou-se no cálculo dos coeficientes alfa de Cronbach, os quais apresentam respectivamente os seguintes valores 0,75, 0,78 e 0,60. Através da análise factorial à PSS-14, usando o método dos componentes principais com rotação Varimax, identificaram-se dois factores, o primeiro composto por dez itens com saturações factoriais superiores ou iguais a 0,48 e o segundo formado pelos itens 4, 5, 12 e 13. Enquanto no factor I (25,9% da variância explicada) saturaram mais as perguntas relativas a situações negativas (ex. item 2 - "No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas?"), no factor II (15,7% da variância explicada) saturaram mais os itens relativos a sentimentos positivos (ex. item 4 - "No último mês, com que frequência sentiu confiança em si?"). No seu conjunto, os dois factores explicaram 41,6% da variância total. A PSS-10 resultou precisamente da eliminação dos quatro itens com menor saturação no factor I (4, 5, 12 e 13), procedimento que introduziu uma melhoria ligeira, quer na variância explicada (48,9%), quer na consistência interna ($\alpha = 0,78$). No que diz respeito à PSS-4, apenas foi extraído um factor que explicou 45,6% da variância. Um estudo que avaliou o funcionamento diferencial dos itens da PSS-10, revelou que, nos itens 3, 6, 7, 8 e 10, as mulheres apresentavam pontuações mais elevadas, nos itens 3 e 4, são os caucasianos a pontuar mais alto, nos itens 3 e 9 os participantes mais escolarizados referem mais stresse, enquanto nos itens 4 e 8, as pessoas com menos anos de escolaridade obtêm pontuações mais elevadas. De uma forma geral, porém, as pontuações obtidas nos diferentes itens da PSS-10 mantiveram-

se relativamente estáveis, o que sugere tratar-se de uma medida unidimensional (Cole, 1999).

Os dados relativos à validade convergente (Cohen & Williamson, 1988) indicam que as pontuações da PSS se associam a outras medidas e variáveis, designadamente de stresse percepcionado, sintomas emocionais, doença física, redução dos períodos de sono ou quantidade no consumo de álcool e outras drogas. Menos significativa foi a relação da PSS com o sedentarismo ou o tabagismo. Neste último caso, porém, os fumadores parecem apresentar níveis mais elevados de stresse do que os seus pares não fumadores. Em termos da validade divergente, importa referir que a PSS se relaciona inversamente com indicadores de satisfação com a vida. À semelhança do que aconteceu com a *Bortner Scale*, não foi encontrada nenhuma referência bibliográfica relacionada com o estudo de valores normativos ou das qualidades psicométricas da PSS na população portuguesa.

State-Trait Anxiety Inventory®

O *State-Trait Anxiety Inventory®* - STAI®, Forma Y (Spielberger, 1983), é provavelmente a medida de relato pessoal mais utilizada para avaliar a ansiedade em contextos clínicos e de investigação, estando disponíveis adaptações para várias línguas, incluindo uma adaptação portuguesa (Silva & Campos, 1999; Santos & Silva, 1997) e um estudo resultante da aplicação do inventário a uma população de doentes cardíacos (Ribeiro et al., 1996). A construção do STAI® iniciou-se em 1964, para ser usado em populações universitárias e com adultos, embora exista também uma versão para crianças, intitulada *State-Trait Anxiety Inventory for Children* - STAIC (Spielberger, 1973). Relativamente a este instrumento, foi efectuado pelo menos um estudo das qualidades psicométricas numa amostra da população portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999).

A Forma Y do STAI®, desenvolvida em 1979, resultou de uma revisão da forma X que se deveu a três razões: (1) necessidade de obter uma medida mais eficaz na discriminação dos estados ansiosos e depressivos; (2) melhoria das qualidades psicométricas de vários itens, particularmente na avaliação de jovens e de populações com menor nível educacional, social e económico; (3) melhoria da estrutura factorial do inventário, uma vez que na forma X existiam treze itens

referentes à presença de ansiedade (ex. "sinto-me nervoso e inquieto") e sete itens relacionados com a sua ausência (ex. "sinto-me satisfeito comigo próprio"). Na versão Y, 30% dos itens foram substituídos, o que resultou numa melhoria global das propriedades psicométricas do instrumento (Spielberger, 1983).

A Forma Y do STAI® inclui duas escalas, uma das quais avalia o estado de ansiedade (Y1) e a outra o traço (Y2). Cada uma das escalas é constituída por vinte itens, os quais se referem, quer ao estado emocional da pessoa "nesse momento" (estado de ansiedade), quer à forma como ela "se sente geralmente" (traço de ansiedade). Os atributos avaliados pela escala de estado são os sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação. As pontuações nesta escala aumentam em pessoas que reagem mais intensamente a situações de perigo físico ou de stresse psicológico e diminuem como resultado do treino em relaxação. A escala de traço, por seu turno, avalia um padrão individual estável e durável de percepção das situações como sendo indutoras de stresse, perigosas ou ameaçadoras, bem como a tendência para reagir a esses estímulos com ansiedade. O traço de ansiedade envolve também diferenças na frequência e na intensidade com que os estados de ansiedade se manifestaram no passado e a probabilidade de os voltar a experimentar. Assim, quanto mais elevado for o traço de ansiedade, maior a tendência para vivenciar estados de ansiedade em contextos ameaçadores (Spielberger, 1983).

O STAI® foi concebido como um inventário de preenchimento pessoal, para aplicação individual ou em grupo. Em termos do tempo de aplicação, os estudantes universitários demoram cerca de seis minutos para completar cada escala e dez minutos se forem utilizadas ambas as escalas. No caso de pessoas com perturbação, o tempo total de resposta pode chegar aos vinte minutos. Nos estudos de validação do STAI®-Y, a escala relativa ao estado de ansiedade foi sempre aplicada em primeiro lugar, seguida do traço de ansiedade. Quando são usadas ambas as escalas, deve começar-se pelo estado, considerando que esta medida é influenciada pelo clima emocional suscitado, quando a escala de traço de ansiedade é aplicada em primeiro lugar. De forma oposta, a escala relativa ao traço não sofre influência significativa das condições ou sequência de aplicação. A resposta ao inventário faz-se através de uma escala de Likert de quatro pontos (1-4), referindo-se as perguntas à intensidade com que cada afirmação é sentida pelo examinado. Na escala de estado é utilizada a seguinte terminologia: (1)

"nada", (2) "um pouco", (3) "moderadamente" e (4) "muito". Quanto à escala de traço, as expressões utilizadas são: (1) "quase nunca", (2) "algumas vezes", (3) "frequentemente" e (4) "quase sempre". Como algumas das afirmações foram redigidas fazendo referência a estados emocionais positivos (ex. item 1 - "Sinto-me bem"), é necessário cotar esses itens de forma inversa, dado que pontuações baixas nesta pergunta correspondem a níveis elevados de ansiedade. Os itens com cotação invertida estão enumerados abaixo (ver Quadro XXV). Para calcular as pontuações totais, somam-se as respostas (directas e invertidas) dos vinte itens que compõem cada uma das escalas. As pontuações podem variar entre um mínimo de vinte e um máximo de oitenta pontos em cada escala.

Quadro XXV. Itens cotados de forma inversa no STAI®-Y.

Escalas	**N.º dos itens**									
Estado de ansiedade (Y1)	1	2	5	8	10	11	15	16	19	20
Traço de ansiedade (Y2)	21	23	26	27	30	33	34	36	39	

A fidelidade e precisão do STAI® foi estudada pelo autor (Spielberger, 1983), particularmente no que se refere à estabilidade e à consistência interna. Os coeficientes de estabilidade foram calculados através de correlações teste-reteste em aplicações com estudantes universitários e do ensino secundário. Enquanto na escala de traço de ansiedade as correlações entre as aplicações foram elevadas, oscilando entre 0,68 e 0,86, na escala de estado os valores foram bastante mais baixos, situando-se entre os 0,16 e 0,62, reflectindo a influência exercida por factores presentes no momento em que a avaliação decorreu. O nível de consistência interna da escala de estado de ansiedade é alto, com os coeficientes alfa das várias amostras acima de 0,90, exceptuando os estudantes universitários que revelam valores ligeiramente mais baixos ($\alpha = 0,86$). Igualmente elevados são os coeficientes alfa da escala de traço, com um valor médio de 0,90. Quanto às correlações item-total de ambas as escalas, são todas superiores a 0,30 e inferiores a 0,80, o que, como se sabe, constitui um bom indicador da precisão da medida.

Os dados apresentados por Spielberger (1983) sugerem, igualmente, que o STAI® possui adequada validade. No que se refere à validade discriminante, compararam-se as pontuações de um grupo de pessoas com perturbações do

carácter, com as da população geral e obtiveram-se pontuações mais baixas na escala de traço de ansiedade, para o grupo com doença. Este resultado confirma a validade do STAI®, considerando que o baixo nível de ansiedade constitui uma característica típica deste tipo de patologias. Por outro lado, a correlação média das escalas de traço e estado de ansiedade, situada nos 0,65, dá-nos alguma indicação acerca da validade preditiva do inventário. Em participantes com baixa estima pessoal ou em situações que envolvam avaliação do desempenho, o valor destas correlações sobe e, inversamente, as correlações entre as escalas descem quando as avaliações são feitas a sujeitos que vivem situações pontuais caracterizadas por perigo físico.

Uma dado importante refere-se à validade convergente e divergente entre o STAI® e questionários de personalidade. Salientam-se, a este propósito, as correlações elevadas com várias escalas do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, com o *Cornell Medical Index* (r = 0,70), entre a escala de traço de ansiedade e o *Mooney Problem Checklist* (Spielberger, 1983), o *Anxiety Scale Questionnaire* - ASQ (r = 0,73) e o *Manifest Anxiety Scale* - MAS (r = 0,85). Relativamente ao ASQ e ao MAS, porém, o STAI® apresenta menor contaminação com a sintomatologia depressiva e com a ira, além de se tratar de um inventário ligeiramente mais breve, considerando que o ASQ tem quarenta e três itens e o MAS cinquenta (Spielberger et al., 1999).

No que se refere à versão portuguesa do STAY-Y, após uma primeira fase de preparação e adaptação (Santos & Silva, 1997), Silva e Campos (1999), seguindo de perto a metodologia adoptada pelo autor do inventário, estudaram a garantia e a validade do instrumento, tendo obtido valores normativos para seis amostras da população portuguesa, concretamente estudantes do secundário a frequentar o ensino no continente (n = 737) e no Funchal (n = 113), estudantes universitários (n = 701), adultos em exercício da profissão (n = 517), militares (n = 183) e pacientes. Uma das conclusões relativas à consistência interna de ambas as escalas do STAI® é que os coeficientes alfa, calculados para três dos grupos estudados, são bastante elevados, oscilando entre 0,88 e 0,93 (ver Quadro XXVI). Igualmente adequados são os valores das correlações item-total corrigidas, dado situarem-se entre os 0,20 e 0,80, com excepção do item doze da Forma Y1, aplicada à população feminina de estudantes universitárias (r = 0,93).

Quadro XXVI. Coeficiente alfa em amostras portuguesas no STAI®-Y.

Amostras	Estado ans.		Traço ans.		*n*		
	M	F	M	F	M	F	Total
Ensino sec. - Lisboa	0,90	0,89	0,90	0,88	361	376	737
Ensino universitário	0,89	0,91	0,90	0,90	263	438	701
Adultos	0,91	0,93	0,89	0,90	233	284	517

Fonte: Silva e Campos (1999). **Legenda:** F = Feminino; Ensino sec. = Ensino secundário; M = Masculino.

Quanto aos valores das pontuações médias e dos desvios-padrão das seis amostras, os resultados obtidos são, segundo os autores (Silva & Campos, 1999), semelhantes aos apresentados pelo Manual de Spielberger (1983). Existem, neste sentido, diferenças entre os sexos na escala de traço de ansiedade, com pontuações médias mais elevadas nos grupos femininos. Na amostra de estudantes do secundário e do ensino superior, porém, nota-se uma sobreposição dos resultados nos dois sexos (ver Quadro XXVII).

Quadro XXVII. Pontuações médias e desvios-padrão em amostras portuguesas no STAI®-Y.

Amostras	Estado de ansiedade				Traço de ansiedade			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
Ensino sec. - Lisboa	37,28	9,62	38,91	9,26	38,03	9,44	39,65	8,74
Ensino Sec. - Funchal	35,53	10,15	43,18	11,20	38,08	11,61	43,90	11,41
Ensino universitário	37,75	8,93	39,23	0,21	38,27	9,01	40,09	8,97
Adultos	36,31	9,61	38,20	10,70	34,98	8,35	37,30	7,90
Militares	33,78	8,52	-	-	33,00	7,90	-	-
Alcoólicos	37,31	10,81	-	-	42,69	10,64	-	-
PSPT	59,06	13,55	-	-	65,35	9,16	-	-

Fonte: Silva e Campos (1999). **Legenda:** *DP* = Desvio-padrão; Ensino sec. = Ensino secundário; *M* = Média; PSPT = Perturbação de stresse pós-traumático.

2.3.3. Perfil tabágico

A caracterização do perfil tabágico constitui um aspecto central num trabalho cujo tema é o tabagismo. Por esta razão começou por avaliar-se o nível de dependência física da nicotina, através do *Fagerström Tolerance Questionnaire* - FTQ (Fagerström & Schneider, 1989) que é, como se sabe, um dos instrumentos mais utilizados, quer no domínio clínico, quer na investigação. Apesar do FTQ não ser a última revisão do questionário, escolheu-se esta versão com a

finalidade de avaliar algumas qualidades psicométricas dos itens sete e oito, eliminados no trabalho de Heatherton e colaboradores (1991). Entendeu-se também ser útil acrescentar ao protocolo de avaliação uma escala para diferenciar os seguintes tipos de fumadores: fumador habitual, dependente, redução do afecto negativo, relaxação, estimulação e manipulação sensório-motora. Esta decisão baseou-se, por um lado, na importância do modelo da regulação afectiva de Tomkins (1966) e, por outro lado, no facto de os fumadores variarem em função das circunstâncias preferenciais em que fumam (Ikard & Tomkins, 1973). Introduziu-se, assim, a *Horn-Waingrow Scale* - HWS (Ikard, Green & Horn, 1969) que originalmente foi empregue para avaliar a gravidade da dependência nicotínica, ao identificar uma categoria de "fumadores habituais". Através do FTQ e da HWS criou-se um eixo para a caracterização física e emocional da dependência que, secundariamente, poderá facilitar o estudo da validade convergente destas medidas.

Adicionalmente, tomando em consideração a riqueza do modelo transteórico (ver Prochaska, Johnson & Lee, 1998) e das suas concepções sobre os mecanismos sócio-cognitivos da mudança, organizou-se um segundo conjunto de questionários. Neste caso, o objectivo foi estudar a possibilidade de replicar o modelo transteórico e avaliar diferenças nos mecanismos psicológicos, em função do hábito tabágico (ex-fumadores e fumadores) e do sexo. Seleccionaram-se, para o efeito, três instrumentos, o *Smoking Decisional Balance Scale* - SDBS (Velicer et al., 1985), a versão de doze itens do *Smoking Abstinence Self-Efficacy* - SASE-12 (DiClemente, 1981) e o *Smoking Processes of Change Scale* - SPCS (Prochaska et al., 1988), respectivamente para avaliar aspectos relacionados com o balanço decisório, a auto-eficácia para lidar com a tentação de fumar e os processos de activação cognitiva no tabagismo. Estas medidas, juntamente com o Algoritmo do Estádio - AE (Prochaska, 1994), incluído na Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico (Trigo et al., 2003), foram desenvolvidas pelo grupo de investigadores que esteve na origem do modelo transteórico, facto que contribui para uma melhor articulação e consistência dos conceitos e dos dados recolhidos (ver Quadro XXVIII).

Quadro XXVIII. Protocolo para avaliação do perfil tabágico.

Instrumentos	Sigla	N.º itens
Questionário de Tolerância de Fagerström *Fagerström Tolerance Questionnaire*	FTQ	8
Escala de Balanço Decisório para Fumadores *Smoking Decisional Balance Scale*	SDBS	20
Escala Horn-Waingrow *Horn-Waingrow Scale*	HWS	23
Auto-Eficácia na Abstinência Tabágica *Smoking Abstinence Self-Efficacy*	SASE-12	12
Processos de Mudança *Smoking Processes of Change Scale*	SPCS	20
Total		**83**

A organização dos questionários para avaliação do perfil tabágico é idêntica em ex-fumadores e fumadores. Em primeiro lugar, surge o FTQ, tendo em conta que a sua validade facial introduz o participante numa temática claramente diferente daquela que estava a ser avaliada no perfil emocional. O segundo instrumento é o SDBS que, por ser mais longo e incluir uma escala de Likert com cinco pontos, exige maior concentração no processo de resposta. A seguir, surge o SASE-12, com perguntas mais breves e simples, permitindo alguma recuperação pelo esforço despendido. O último questionário é o SPCS, novamente um instrumento mais exigente ao nível da mobilização da atenção. As diferenças entre os protocolos dos ex-fumadores e fumadores restringem-se ao tempo do verbo usado no FTQ, no balanço decisório (SDBS) e no tipo de fumador (HWS). No caso dos ex-fumadores utilizou-se o passado (ex. item 1 - "Quanto tempo depois de acordar *fumava* o seu primeiro cigarro?") e nos fumadores o presente (ex. item 1 - "Quanto tempo depois de acordar *fuma* o seu primeiro cigarro?"). Relativamente à auto-eficácia (SASE-12) e aos processos de mudança (SPCS), foi mantida a versão original considerando a sua adequação para avaliar ex-fumadores e fumadores (ver Anexos 3 e 4).

Fagerström Tolerance Questionnaire

As primeiras tentativas para avaliar a dependência de nicotina basearam-se no princípio de que os fumadores mais dependentes fumavam maior número de cigarros por dia. Este pressuposto, porém, não levava em consideração a variedade de teores nicotínicos das marcas de cigarros, nem as diferenças no

perfil de inalação (ex. profundidade e número de inalações, sustentação do fumo nos pulmões, quantidade de cigarro fumado). Outras abordagens, criaram escalas para diferenciar tipos de fumadores em função das situações em que tipicamente fumavam, sendo a de Ikard, Green e Horn (1969) uma das mais conhecidas. No seu conjunto, estes instrumentos também se revelaram inadequados para determinar a dependência física de nicotina. Neste âmbito surgiu o *Fagerström Tolerance Questionnaire* - FTQ (Fagerström, 1978), tendo-se constituído como uma medida breve de relato pessoal, capaz de avaliar o nível físico de dependência da nicotina no contexto do tratamento de fumadores.

Fagerström (1978), mais tarde em colaboração com Schneider (Fagerström & Schneider, 1989), considerou que a dependência estaria relacionada com seis parâmetros que serviram de base à construção das oito perguntas do FTQ: (1) frequência com que a substância é usada, (2) teor de nicotina avaliado pela máquina de fumar, (3) consumo efectivo da substância (através da inalação ou não) (4) tempo para o primeiro cigarro e ritmo de inalação nas duas primeiras horas após acordar, (5) importância do primeiro cigarro da manhã, (6) controlo interno e externo dos estímulos para fumar. Adicionalmente, os autores sugerem que as pessoas mais dependentes sentem maior intensidade nos sintomas de privação.

Na fase inicial de desenvolvimento do FTQ (Fagerström, 1978), as pontuações obtidas no questionário foram correlacionadas com várias respostas periféricas do sistema nervoso que serviram como critério objectivo de dependência. De seguida, através de três situações experimentais, Fagerström demonstrou a validade do seu método para avaliar a dependência física de nicotina. Dez anos mais tarde, porém, Lombardo, Hughes e Fross (1988), ao testarem a validade do questionário, não encontraram qualquer relação entre os sinais de tolerância fisiológica à nicotina, designadamente o batimento cardíaco, o volume sanguíneo no pulso, a resposta electrogalvânica e a temperatura da pele e os itens ou a pontuação total do FTQ.

De uma forma geral, o FTQ foi concebido para avaliar comportamentos observáveis, embora os itens dois (“tem dificuldade em não fumar nos locais onde é proibido, por exemplo numa biblioteca, cinema ou consultório médico?”) e três (“dos cigarros que fuma diariamente, qual o que mais lhe satisfaz?”) requeiram alguma introspecção. Para responder ao questionário, a pessoa deve

transcrever o número da resposta que melhor se aplique a si, existindo dois tipos de escalas, uma que varia entre 0 e 1 e outra que varia entre 0 e 2 pontos (ver Figura 7). Os valores mais elevados indicam maior dependência e os mais baixos menor dependência, podendo as pontuações oscilar entre 0-11. A pontuação média oscila entre os cinco e os sete valores, com um desvio-padrão de dois. A maior parte das investigações, porém, situam o ponto de corte para definição de dependência grave, entre os seis e os sete pontos (Fagerström & Schneider, 1989).

3. Dos cigarros que fuma diariamente, qual o que mais lhe satisfaz? _____
   0. Qualquer outro que não o primeiro da manhã.
   1. O primeiro da manhã.
4. Quantos cigarros fuma por dia? _____
   0. 1-15.
   1. 16-25.
   2. Mais que 26.

Figura 7. Escalas para resposta ao *Fagerström Tolerance Questionnaire*.

De uma forma geral, existem poucas referências sobre as qualidades métricas do FTQ e alguns dos dados apresentados por Fagerström não correspondem a estudos publicados, mas a pesquisas citadas em textos da sua autoria. Num destes casos, com base em duas amostras de 75 pessoas, estudou-se a precisão da medida e obtiveram-se correlações item-total significativas (Fagerström, cit. in Fagerström & Schneider, 1989). A correlação mais fraca, em ambas as amostras (r = 0,30 e r = 0,19), é encontrada na última questão (item 8 - "com que frequência inala / engole o fumo do seu cigarro?"), eventualmente porque a maioria dos fumadores inala / engole o fumo do cigarro. O autor também considera baixas as correlações item-total nas perguntas dois (entre r = 0,40 e r = 0,28) e seis ("fuma mesmo quando está doente e fica de cama a maior parte do dia?", entre r = 0,37 e r = 0,46). No item dois, as medidas de compensação tomadas antes de entrar num local onde é proibido fumar podem alterar a validade das respostas, ao passo que no item seis o facto de ser pouco habitual ficar de cama doente, também podem condicionar a validade do item.

Num trabalho elaborado por Fagerström e Schneider (1989), são coligidos estudos que atestam a validade convergente e preditiva do FTQ. Nesta revisão, vários artigos assinalam correlações positivas entre a dependência física de

nicotina, avaliada pelo FTQ, o nível de monóxido de carbono no ar expirado (entre $r = 0,88$ e $0,22$) e as concentrações de nicotina (entre $r = 0,40$ e $0,12$) ou de cotinina (entre $r = 0,70$ e $0,17$). A elevação das pontuações do FTQ também se correlaciona com inalações mais longas, intervalos curtos entre cada uma e maior número de fumaças ($r = 0,52$, $p < 0,05$). Os autores, porém, alertam para o facto de os níveis plasmáticos de nicotina poderem não equivaler à intensidade da dependência, uma vez que o número e a sensibilidade dos receptores variam entre indivíduos. A maior dependência da nicotina, contudo, parece associar-se à gravidade e probabilidade de sofrer sintomas de abstinência. Num trabalho de Fagerström (1980), os ex-fumadores com pontuações elevadas no FTQ referiram mais sintomas de privação, nas duas semanas subsequentes à paragem ($r = 0,40$, $p < 0,01$). Por seu turno, a recaída, após três meses de abstinência, foi mais frequente nas pessoas com valores altos no FTQ, dado aliás confirmado por outros trabalhos (ex. Pinto et al., 1987). Nordenskjold (1983 cit. in Fagerström & Schneider, 1989) demonstrou ainda uma associação entre os resultados do FTQ e a dose das pastilhas de substituição nicotínica (2 ou 4 *mg*), optando os fumadores mais dependentes por dosagens mais fortes ($r = 0,20$, $p < 0,05$).

Apesar do FTQ se ter popularizado rapidamente, surgiram também várias questões relacionadas com as suas qualidades métricas. Lichtenstein e Mermelstein (1986), por exemplo, referem que o FTQ apresenta, não apenas baixa consistência interna (entre $\alpha = 0,55$ e $0,51$), mas também que a parte mais significativa da variância (20%) é explicada por um factor composto por dois itens (tempo para o primeiro cigarro - TPC e cigarros por dia - CPD). O segundo factor apenas contribuiu para explicar 6% da variância total, sendo composto pelo item cinco ("fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia?"). Considerando os dados desta análise factorial, Heatherton e associados (1989) criaram o *Heaviness of Smoking Index* (HSI), composto apenas por dois itens (TPC e CPD) e utilizando uma cotação diferente da adoptada no FTQ. Posteriormente, Heatherton e colaboradores (1991) efectuaram uma nova revisão do FTQ que culminou na construção de um questionário com seis itens, designado por *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND). A eliminação de dois itens ao FTQ, baseou-se numa análise detalhada das oito questões do questionário original:

- **Item 1 - tempo para o primeiro cigarro (TPC).** O tempo que decorre entre levantar e fumar o primeiro cigarro da manhã é uma das questões mais importantes na avaliação da dependência da nicotina. Devido à rápida metabolização da nicotina, as concentrações sanguíneas encontram-se excessivamente baixas ao acordar. Por esta razão, os fumadores mais dependentes tendem a experimentar maior desconforto pela manhã, antes de fumar o primeiro cigarro (Fagerström, 2003; Heatherton et al., 1991). Apesar do FTQ avaliar o TPC através de duas categorias (≤ 30 = 68,5% *vs.* > 30 minutos = 31,5%), Heatherton et al (1991) sugerem que uma cotação com quatro categorias seria mais rigorosa (≤ 5, 6-30, 31-60, > 61 minutos). Segundo os autores, existem diferenças nas concentrações de nicotina, cotinina e monóxido de carbono (CO), entre os fumadores que acendem o cigarro nos primeiros cinco minutos e aqueles que o fazem após cinco minutos, mas antes de passar meia hora.
- **Item 2 - cigarros proibidos.** Na segunda questão do FTQ pergunta-se ao fumador se é (28,7%) ou não (71,3%), difícil evitar fumar nos locais onde é proibido fumar. Independentemente da resposta, não foram encontradas diferenças nos valores salivares de cotinina, embora em relação às concentrações de CO se tenham registado diferenças, com níveis mais elevados nas pessoas com dificuldade de não fumar quando é proibido.
- **Item 3 - cigarro que mais satisfaz.** A maioria dos fumadores refere que o primeiro cigarro da manhã é o mais agradável (89% *vs.* 11%), não existindo diferenças nos valores bioquímicos das concentrações de nicotina, em pessoas com diferentes níveis de dependência dos cigarros.
- **Item 4 - cigarros por dia (CPD).** O número de CPD constitui uma das principais medidas da dependência de nicotina e, como já tivemos ocasião de discutir em Capítulo anterior, existe uma relação dose-resposta entre o consumo de cigarros e o risco de desenvolver doenças provocadas pelo tabaco. Considerando que as três categorias utilizadas pelo FTQ, ou seja, 1-15 (36,6%), 16-25 (44,9%) e mais que 26 cigarros (18,5%), foram criticadas por inadequação na distinção entre consumos baixos e elevados,

o FTND passou a usar quatro categorias (≤ 10, 11-20, 21-30, > 30 cigarros).

- **Item 5 - fumar mais pela manhã.** Os fumadores que consomem mais cigarros durante as primeiras horas da manhã (21,3%) do que no resto do dia, diferem nas concentrações salivares de cotinina e nas concentrações de CO expirado.
- **Item 6 - fumar doente.** Embora a maioria dos fumadores refira não fumar se estiver doente de cama (70,1%), aqueles que o fazem (29,9%) apresentam concentrações mais elevadas de CO e de cotinina.
- **Item 7 - teor de nicotina.** Os valores de condensado e nicotina apostos nos maços de cigarros não constituem uma estimativa fiável da exposição a estes químicos, pois o fumador pode adoptar várias medidas de compensação. Por outro lado, alguns fumadores não sabem qual o teor de nicotina dos cigarros que consomem. Em resultado destas condicionantes, a distribuição pelas categorias de "baixo" (38,6%), "médio" (39,4%) e "alto" (22%) teor de nicotina não permite distinguir níveis de dependência física, razão que justificou a dispensa deste item no FTND.
- **Item 8 - inalação.** Apesar do FTQ distinguir três níveis de inalação - "nunca" (0,4%), "algumas vezes" (7,2%) e "sempre" (92,5%), este item não é discriminativo, considerando que a maior parte dos fumadores inala o fumo do cigarro. Como esta questão não acrescenta valor ao questionário, foi aconselhada a sua eliminação no FTND.

A versão revista do FTQ, é composta por seis itens (ver Quadro XXIX) que apresentam um coeficiente alfa de 0,61 (Heatherton et al., 1991), embora num estudo mais recente de Wellman e associados (2006) o valor referido seja superior ($\alpha = 0,83$). Estudando, porém, o contributo relativo de cada item para a pontuação total, através da análise de regressão, testaram-se oito combinações possíveis de itens. Através deste procedimento, Heatherton e associados (1991) concluíram que o HSI constitui o melhor preditor de dependência, podendo substituir adequadamente o FTND. No mesmo sentido aponta um trabalho de Chabrol e colegas (2005) que confirma a sensibilidade (79,5%) e especificidade (96,5%) do HIS, bem como a elevada concordância entre os dois instrumentos. De salientar que Heatherton e associados (1991) reforçam a validade do FTQ,

sublinhando que a principal alteração consiste na forma de cotar as questões relativas ao TPC e ao CPD. Payne e colaboradores (1994), sugerem mesmo que o FTND representa uma melhoria modesta em relação ao FTQ, ao passo que Pomerleau e os seus colegas (1994), comparando o FTQ e o FTND, concluem que ambos os questionários demonstram elevada precisão.

Quadro XXIX. Comparação dos itens e cotações no FTQ e no FTND.

Item	Pergunta	FTQ		FTND	
		Resposta	Pontos	Resposta	Pontos
1	Tempo para o primeiro cigarro	≤ 30 min. > 30 min.	1 0	≤ 5 min. 6-30 min. 31-60 min. > 61 min.	3 2 1 0
2	Cigarros proibidos	Sim / Não	1 / 0	Sim / Não	1 / 0
3	Cigarro que mais satisfaz	1º / Outro	1 / 0	1º / Outro	1 / 0
4	Cigarros por dia	1-15 16-25 > 26	0 1 2	≤ 10 11-20 21-30 > 30	0 1 2 3
5	Fumar mais pela manhã	Sim / Não	1 / 0	Sim / Não	1 / 0
6	Fumar doente	Sim / Não	1 / 0	Sim / Não	1 / 0
7	Teor de nicotina	Baixo Médio Alto	0 1 2	Item eliminado	
8	Inalação	Nunca Às vezes Sempre	0 1 2	Item eliminado	
Pontuações mínima / máxima		**0-11**		**0-10**	

Em termos da estrutura factorial, os seis itens do FTND constituem um único factor, embora surja um segundo componente, composto pelo item três, cujo *eigenvalue* não é superior a um (Heatherton et al., 1991). Outros estudos de análise factorial (Radzius et al., 2003; Richardson & Ratner, 2005), sugerem antes a existência de dois factores inter-correlacionados. Segundo Radzius e associados (2003), o factor 1 (itens 1, 3 e 5) poderá avaliar a urgência para repor os níveis de nicotina após acordar, enquanto o factor 2 (itens 2, 4 e 6) deverá reflectir a persistência na manutenção dos limiares óptimos de nicotina.

Um trabalho desenvolvido por Breslau e Johnson (2000), junto de 238 fumadores regulares, confirmou o valor preditivo da FTND. Nesta investigação, a taxa de cessação, entre os fumadores com resultados mais altos no FTND (≥ 4 pontos), foi de 8,1%, em comparação a 26,5% dos fumadores com pontuações

mais baixas (< 4 pontos). Segundo os autores, o item com maior poder preditivo foi o número de cigarros por dia que, isoladamente, revelou maior poder do que a pontuação total do FTND. Tendo por referência os critérios de diagnóstico da DSM-III-R, também se confirma que os fumadores dependentes apresentam menor taxa de cessação (13,3% *vs.* 21,3%), embora a utilidade desta nosologia na predição da cessação de hábitos tabágicos seja bastante inferior ao FTND. Mais recentemente, Etter (2005) comparou a consistência interna e a validade preditiva de quatro questionários, o *Cigarette Dependence Scale* (CDS-12) e uma versão reduzida deste instrumento (CDS-5), o FTND e o HSI. Os coeficientes alfa revelaram-se mais elevados no CDS-12 ($\alpha = 0,91$) e no CDS-5 ($\alpha = 0,77$), comparativamente com o FTND ($\alpha = 0,68$) e ao HSI ($\alpha = 0,61$). As duas versões do CDS revelaram também maior capacidade para prever sintomas de abstinência e o CDS-12 apresentou validade na predição da abstinência aos doze meses. Apesar de existirem outras medidas de papel-e-lápis, o FTND continua a ser um dos questionários mais utilizados, com versões adaptadas para a Suíça (Etter, Duc & Perneger, 1999), a Holanda (Vink et al., 2005), a Turquia (Uysal et al., 2004), a China (Chen et al., 2002) ou a Espanha (Becoña & Vázquez, 1998), bem como para diferentes populações, designadamente consumidores de tabaco de mastigar (Ebbert, Patten & Schroeder, 2006), adolescentes (Nonnemaker & Homsi, 2007) ou fumadores leves (Etter, Duc & Perneger, 1999).

Smoking Decisional Balance Scale

No âmbito da tomada de decisão, uma das primeiras técnicas a ser usada na avaliação dos processos motivacionais e cognitivos foi o *Decisional Balance Sheet of Incentives*, desenvolvido por Mann (1972) e, posteriormente, por Janis e Mann (1977). Os autores basearam-se num modelo de ganhos e perdas que distinguia quatro categorias: (1) ganhos e perdas utilitárias, (2) ganhos utilitários e perdas a favor de outras pessoas, (3) auto-aprovação ou desaprovação e (4) aprovação ou desaprovação de outras pessoas significativas. Enquanto as primeiras duas categorias se referiam a considerações instrumentais, as duas últimas envolviam aspectos não utilitários, designadamente estima pessoal, aceitação social, normas sociais e ideais. Apesar da riqueza do modelo, foram produzidas poucas investigações. Mais tarde, Velicer e colaboradores (1985),

inspirados pelos trabalhos de Janis e Mann (1977), operacionalizaram um questionário breve, designado por *Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS), inicialmente destinado a avaliar a tomada de decisão em fumadores. Os autores acabariam por concluir que os fumadores parecem não distinguir entre os aspectos utilitários e não utilitários dos processos de decisão. Um mecanismo eventualmente responsável por este resultado é a negação, a qual actua como estratégia para reduzir a dissonância cognitiva. Numa segunda fase, Prochaska e a sua equipa (Prochaska, 1994; Prochaska et al., 1994) estudaria as características do SDBS nos seguintes doze comportamentos: parar de fumar e de consumir cocaína, controlo de peso, dietas ricas em gordura, delinquência juvenil, sexo seguro, uso de preservativo, uso de protector solar, exposição ao rádon, actividade física, rastreios de mamografia e envolvimento dos médicos em actividades preventivas.

A redacção dos itens do SDBS levou em consideração as quatro categorias apresentadas por Janis e Mann (1977) e, adicionalmente, pediram-se sugestões a um grupo informal de fumadores, sobre os aspectos positivos e negativos de fumar. A versão final da escala contém vinte itens, respondidos através de uma escala de Likert com cinco pontos que se podem referir à frequência (1 - nunca, 2 - quase nunca, 3 - algumas vezes, 4 - frequentemente e 5 - sempre) ou à importância (1 - nada importante, 2 - pouco importante, 3 - importante, 4 - muito importante e 5 - extremamente importante). Assim, considerando a semelhança dos resultados obtidos pelos dois formatos (frequência ou importância), eles podem ser utilizados de maneira indistinta, dependendo da opção que o investigador/clínico fizer relativamente à forma de apresentar a escala. As pontuações resultam da soma directa dos pontos obtidos em cada item, podendo variar entre o mínimo de dez e o máximo de cinquenta pontos. Na medida em que as pontuações das escalas de argumentos contra e pró-tabágicos são independentes entre si, podem surgir diferentes combinações de resultados: alto-alto, alto-baixo, baixo-alto, baixo-baixo (Velicer et al., 1985).

O estudo da estrutura factorial (Velicer et al., 1985), levou à extracção de dois factores capazes de explicar entre 40% e 46% da variância total (ver Quadro XXX). O primeiro factor intitulou-se "escala de contras" e foi composto pelos dez itens que envolviam os aspectos negativos de fumar (ex. item 11 - "Fumar é perigoso para a minha saúde"). O segundo factor designou-se "escala de prós" e

incluiu os dez itens que se referiam às dimensões positivas de fumar (ex. item 1 - "Fumar cigarros é agradável"). Os coeficientes de consistência interna foram de 0,90 e 0,87, respectivamente na escala de contras e na escala de prós (Velicer et al., 1985). Num outro trabalho (Prochaska et al., 1994), no qual se avaliaram as relações entre a progressão nos estádios de mudança e o balanço decisório em doze comportamentos problemáticos, a estrutura de dois factores foi claramente confirmada em onze dessas situações, exceptuando as dietas ricas em gordura. Nesta investigação, os coeficientes alfa oscilaram entre 0,75 e 0,95.

Quadro XXX. Itens que compõem a escala de contras e a escala de prós.

Escalas	**N.º dos itens**									
Escala de contras - factor I	5	6	8	10	11	12	13	14	18	19
Escala de prós - factor II	1	2	3	4	7	9	15	16	17	20

Baseado em Velicer e associados (1985).

Investigações sobre a validade preditiva do SDBS (Velicer et al., 1985) concluem que pontuações baixas na escala de contras e altas na escala de prós são alcançadas por fumadores em fase de pré-contemplação, de contemplação e em recaída. De forma inversa, nas pessoas que pararam recentemente e, de forma mais significativa, nos abstinentes de longa data, as pontuações na escala de prós descem, tornando-se mais elevadas as pontuações na escala de contras. Parece, pois, que a diminuição da negação dos malefícios do tabagismo está associada à tentativa para alcançar a abstinência. Por outro lado, à medida que aumenta o tempo de abstinência, os argumentos contra e a favor do tabagismo diminuem de importância, embora a percepção das desvantagens de fumar continue a ser mais marcada do que a percepção de vantagens.

Num outro estudo de Prochaska e colaboradores (1994), onde se pretendeu validar o modelo do balanço decisório em doze comportamentos problemáticos, observou-se que os prós relacionados com esses comportamentos foram sistematicamente maiores do que os contras, nas pessoas em fase de pré-contemplação. Conforme o esperado, os argumentos contra o comportamento foram mais elevados na fase de contemplação do que na fase de pré-contemplação. Em onze dos comportamentos estudados, com excepção da abstinência de cocaína, observaram-se, na fase de acção, elevações nas pontuações da escala de contras. Estes resultados sugerem que a progressão da

pré-contemplação para a contemplação, envolve um aumento na percepção das vantagens associadas à mudança e, portanto, um aumento dos argumentos contra o comportamento. Considerando que nos doze comportamentos, os prós eram mais elevados, no estádio de contemplação do que no estádio de acção, os autores concluem que a progressão entre estas duas fases exige diminuição dos argumentos pró-comportamento. Genericamente, as intervenções devem começar por contribuir para o aumento dos argumentos contra o comportamento, promovendo a transição da pré-contemplação para a contemplação. Uma vez alcançado este avanço, o objectivo passa a focalizar-se na diminuição dos argumentos contra a mudança, o que facilitará o progresso para a acção. Como se torna evidente, o valor preditivo do balanço decisório e a consistência dos resultados alcançados em diferentes estudos e problemáticas, contribuem para corroborar a validade da escala SDBS.

Horn-Waingrow Scale

Com base no modelo da regulação afectiva de Tomkins (1966) e de alguns trabalhos como os que foram realizados por Horn e Waingrow (1966) e por Ikard, Green e Horn (1969), desenvolveram-se várias escalas para diferenciar tipos de fumadores, designadamente a *Horn-Waingrow Scale* - HWS (Ikard, Green & Horn, 1969). Este instrumento baseia-se no princípio de que o tabagismo constitui uma resposta aprendida que pode ser associada a estados afectivos positivos ou negativos. Enquanto os fumadores por afectividade positiva recorrem aos cigarros como fonte de estimulação, relaxação ou gratificação sensório-motora, os fumadores por afectividade negativa, ou fumadores por sedação, fumam para reduzir sentimentos de stresse, medo, vergonha e desgosto. Importa, neste caso, fazer uma distinção entre o tabagismo sedativo parcial e total. Se, na sedação parcial, o cigarro constitui um meio para reduzir a afectividade negativa e uma ajuda para lidar com determinado problema, na sedação total o tabagismo serve exclusivamente como estratégia para evitar o confronto com uma fonte de sofrimento. Deve notar-se que tanto o tabagismo por afectividade positiva, como por afectividade negativa, estão implicados no desenvolvimento do tipo dependente de fumador. Progressivamente, à medida que a dependência se agrava, o uso de cigarros

torna-se cada vez mais indiscriminado. Estabelece-se, assim, um perfil de consumo designado de "fumador habitual". Apesar do elevado número de cigarros consumidos, estas pessoas têm pouca consciência da sua dependência e um prazer reduzido no consumo (Ikard, Green & Horn, 1969).

O estudo de validação da HWS (Ikard, Green & Horn, 1969) incluiu uma amostra nacional com 2094 adultos norte-americanos, entrevistados em serviços públicos de saúde. A escala é constituída por vinte e três itens nos quais se pede aos participantes que avaliem até que ponto cada afirmação caracteriza o seu comportamento habitual (ex. item 8 - "Fumo automaticamente sem sequer me aperceber"). Na resposta ao questionário, utiliza-se uma escala de Likert com cinco pontos (5 - sempre, 4 - frequentemente, 3 - ocasionalmente, 2 - quase nunca e 1 - nunca). Através da análise factorial ao HWS extraíram-se as seguintes seis sub-escalas: (1) fumador habitual, (2) dependente, (3) redução do afecto negativo, (4) relaxação, (5) estimulação e (6) manipulação sensório-motora (ver Quadro XXXI). Com excepção dos itens relativos ao "fumador dependente", que revelaram alguma sobreposição com o factor "redução do afecto negativo", os restantes itens constituíram factores isolados. No seu conjunto, porém, as três primeiras sub-escalas (fumador habitual, fumador dependente, redução do afecto negativo) aproximaram-se mais de um tabagismo por afectividade negativa e as três últimas sub-escalas de um tipo de fumador por afectividade positiva (fumador por relaxação, fumador por estimulação e fumador por manipulação sensório-motora).

Quadro XXXI. Itens que compõem as seis sub-escalas da *Horn-Waingrow Scale*.

Sub-escalas	**N.º dos itens**
Fumador habitual	2 8 15 20
Fumador dependente	5 10 13 18 22
Redução do afecto negativo	3 7 11 14 17 19
Fumador por relaxação	16 21
Fumador por estimulação	1 9 23
Fumador por manipulação	4 6 12

Baseado em Ikard, Green e Horn (1969).

O estudo das pontuações médias revelou diferenças significativas em três das seis sub-escalas. Os homens pontuaram mais alto nas sub-escalas "fumador

habitual" e "fumador dependente", ao passo que, nas mulheres, foi mais evidente a elevação da sub-escala "redução do afecto negativo". As inter-correlações entre as sub-escalas "fumador habitual", "fumador dependente" e "redução do afecto negativo" oscilaram entre 0,38 e 0,58, existindo uma relação mais forte entre o "fumador dependente" e a "redução do afecto negativo". Quanto às restantes três sub-escalas por afecto positivo, as inter-correlações foram mais baixas, variando entre 0,09 e 0,30. Existiram igualmente correlações positivas entre o número de cigarros fumados diariamente e as três sub-escalas de tabagismo por afecto negativo (Ikard, Green & Horn, 1969).

Num trabalho produzido por Ikard e Tomkins (1973), recorrendo à *Tomkins-Ikard Smoking Scale*, uma versão ligeiramente modificada da HWS, foram feitos quatro estudos que avaliaram a adequação da tipologia de Tomkins. Na primeira investigação, confirmou-se a existência de fumadores por afecto negativo e, no caso dos homens, de fumadores mistos, ou seja, pessoas que fumam simultaneamente em situações emocionais negativas e positivas (i.e. fumador dependente). De forma inesperada, o estudo não confirmou a validade da tipologia dos fumadores por afecto positivo, devido à sua escassa representação na amostra estudada. A segunda investigação, concluiu que os fumadores dependentes sentiam mais sintomas de abstinência do que os fumadores por afectividade negativa e por afectividade positiva. Na terceira investigação, verificou-se uma associação entre o aumento do consumo de cigarros e a intensidade da afectividade negativa. A quarta investigação refere-se a uma técnica de cessação tabágica, tendo, por essa razão, menor importância para o estudo de validade da HWS.

Smoking Abstinence Self-Efficacy

As expectativas de eficácia pessoal constituem um dos mecanismos cognitivos mais importantes no domínio da mudança comportamental e da prevenção da recaída. A sua avaliação ajuda a determinar até que ponto uma pessoa está disposta a despender energia, para ultrapassar dificuldades pessoais e obstáculos interpessoais (DiClemente, 1981). A maioria dos instrumentos que avalia a auto-eficácia em fumadores baseia-se numa lista de situações e pistas ambientais, relativamente às quais se pede à pessoa que classifique a sua confiança em não

fumar (Baer, Holt & Lichtenstein, 1986). A *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE) é uma medida de relato pessoal desenvolvida por DiClemente (1981) que consiste, precisamente, em doze situações ou acontecimentos associados a pistas ou situações que provocam desejo de fumar. Numa fase de pré-teste, estas situações foram identificadas como factores importantes de recaída. O que se pede é que a pessoa assinale até que ponto consegue evitar fumar nas diferentes situações, utilizando uma escala de Likert com sete pontos (desde completamente inseguro - 1, até completamente seguro - 7). O resultado do questionário é obtido com soma das pontuações obtidas em cada item, podendo variar entre doze e oitenta e quatro pontos. A pontuação final traduz, assim, o sentimento de eficácia pessoal, relativamente à capacidade para evitar fumar e/ou para manter a abstinência. Posteriormente, esta medida foi revista e aumentada para trinta e um itens - SASE-31 (DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985) e novamente reduzida para uma versão de vinte itens - SASE-20 (Velicer et al., 1990).

As várias formas do questionário, porém, demonstram adequada consistência interna (entre $\alpha = 0{,}88$ e $\alpha = 0{,}92$), validade preditiva e de constructo (DiClemente et al., 1991). O cálculo das correlações item-total aponta para um valor médio de 0,68, com variação das mesmas entre 0,58 e 0,76, o que sugere um nível adequado de consistência interna. O SASE apresenta, por seu turno, correlações negativas e significativas, com a idade de início do consumo ($r = - 0{,}25$), o número de cigarros fumados por dia ($r = - 0{,}28$) e a percepção de ser difícil manter a abstinência ($r = - 0{,}45$) e uma correlação positiva e significativa com o número de semanas sem fumar ($r = 0{,}42$). A correlação entre as pontuações da SASE e as variáveis sócio-demográficas foi baixa (DiClemente, 1981).

Velicer e colaboradores (1990), por seu turno, partindo de várias dúvidas que vinham a ser colocadas na literatura, relativas à natureza geral (Baer, Holt & Lichtenstein, 1986) ou multifactorial (DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985) do modelo da auto-eficácia e respectivas medidas, estudaram a estrutura factorial do SASE-20. Os resultados da investigação apontaram para uma solução integrada das duas perspectivas (unifactorial *vs.* multifactorial), sugerindo existir um modelo hierárquico complexo, com três factores de primeira ordem (positivo/social, negativo/afectivo e hábito/dependência) e um factor geral de segunda ordem (confiança). Numa outra investigação (DiClemente et al., 1991),

na qual se comparou o nível de auto-eficácia dos fumadores em pré-contemplação, contemplação e preparação, concluiu-se que as pessoas em preparação manifestaram os níveis mais elevados de confiança para deixar de fumar e manter a abstinência, ao passo que os pré-contempladores apresentaram níveis mais elevados de tentação para fumar em várias situações. Resultados semelhantes, aliás, já haviam sido descritos por DiClemente, Prochaska e Gibertini (1985), ao correlacionarem as pontuações do SASE-31 com o estádio de contemplação (r = - 0,65), a recaída (r = - 0,67) e a cessação recente (r = - 0,18).

Smoking Processes of Change Scale

A necessidade de avaliar os processos humanos de mudança surgiu na sequência de um estudo sobre as semelhanças entre dezoito sistemas psicoterapêuticos, cujo objectivo foi o desenvolvimento de um modelo integrativo ou transteórico. Segundo Prochaska e colegas (1988), enquanto os estádios se referem à dimensão temporal da mudança, os processos consistem em estratégias cobertas a que as pessoas recorrem para modificar comportamentos problemáticos. Na sua concepção inicial, Prochaska (1979) começou por identificar cinco processos de mudança que eram avaliados através de uma entrevista, mas esta técnica veio a revelar-se pouco adequada às necessidades de padronização e estudo de qualidades métricas. Mais tarde, o desenvolvimento de uma medida breve de papel-e-lápis, intitulada *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS), levaria Prochaska e associados (1988) a identificar mais oito processos, perfazendo um total de treze. Quatro peritos ocupar-se-iam de seleccionar cinco itens para avaliar cada um dos processos, o que resultou num total de sessenta e cinco perguntas. Seguidamente reduziram-se a quatro os itens que compunham cada uma das escalas, culminando num total de quarenta perguntas. Existe também uma versão breve com vinte itens. As respostas são assinaladas recorrendo a uma escala de Likert de cinco pontos que se referiam à frequência (1 - nunca, 2 - quase nunca, 3 - algumas vezes, 4 - frequentemente e 5 - sempre) ou à importância (1 - nada importante, 2 - pouco importante, 3 - importante, 4 - muito importante e 5 - extremamente importante). Embora os dois formatos de resposta (frequência e importância) sejam equivalentes, os autores sugerem que, em

avaliações retrospectivas, se deve optar pela importância, ao passo que, na avaliação de processos actuais de mudança, se deverá usar a frequência. As pontuações são calculadas pela soma directa dos pontos obtidos nos itens que compõem a respectiva sub-escala.

Através de várias análises factoriais em componentes principais, foram encontradas estruturas factoriais com oito a treze componentes, embora a solução mais comum identificasse dez factores (Prochaska et al., 1988). Esta opção incluiu os seguintes processos: (1) consciencialização, (2) contra-condicionamento, (3) controlo de estímulos, (4) reavaliação ambiental, (5) reavaliação pessoal, (6) gestão do reforço, (7) libertação social, (8) alívio por dramatização, (9) relações de ajuda e (10) libertação pessoal (ver Quadro XXXII). Os coeficientes de correlação entre os dez processos foram baixos (r = 0,30), sugerindo existir pouca sobreposição entre as sub-escalas, ao passo que os coeficientes de consistência interna oscilaram entre os 0,69 e os 0,92, o que se pode considerar bastante aceitável dado tratar-se de sub-escalas com quatro itens cada.

Quadro XXXII. Itens que compõem as sub-escalas da medida *Smoking Processes of Change Scale*.

Sub-escalas	**N.º dos itens**					
	Versão longa				Versão curta	
Factor experimental						
Consciencialização	6	8	10	17	4	11
Alívio por dramatização	11	30	31	32	7	18
Reavaliação ambiental	9	21	34	39	6	12
Libertação social	2	7	20	24	3	14
Reavaliação pessoal	25	35	36	38	8	15
Factor comportamental						
Contra-condicionamento	5	26	27	28	1	17
Controlo de estímulos	15	23	29	37	9	19
Gestão do reforço	12	19	22	33	5	20
Relações de ajuda	1	3	14	40	10	16
Libertação pessoal	4	13	16	18	2	13

Baseado em CPRC (2003a); Prochaska e colaboradores (1988).

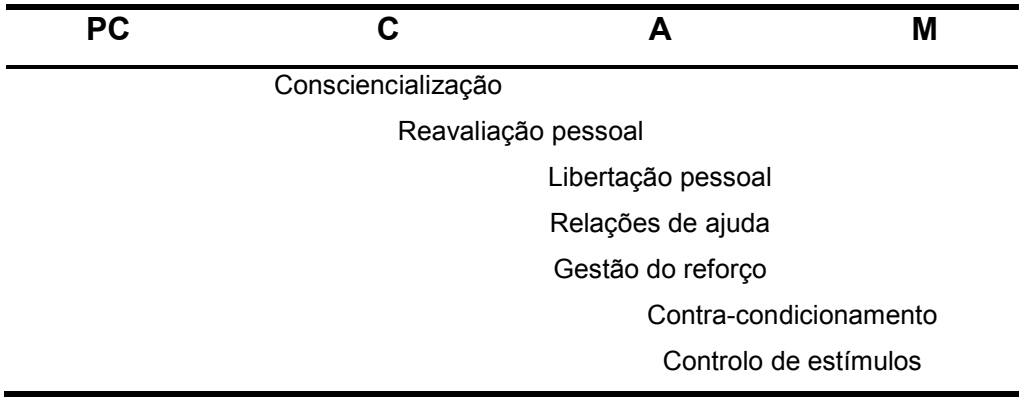
Numa segunda fase do estudo, Prochaska e associados (1988) fizeram uma análise confirmatória do modelo que identificou dois factores secundários, responsáveis pelas relações entre os dez processos de mudança. Os primeiros

cinco factores (consciencialização, alívio por dramatização, reavaliação ambiental, libertação social e reavaliação pessoal) relacionaram-se com um componente de segunda ordem designado por "experimental", frequente em pessoas que usam simultaneamente mais do que um destes cinco processos. Os restantes cinco factores associaram-se a uma dimensão de segunda ordem, mais específica e observável, intitulada de "comportamental", típica em pessoas que se encontram na fase de acção. Note-se, porém, que os factores experimental e comportamental se sobrepõem, tendo em consideração, por um lado, que a maioria dos processos de mudança se relacionam com ambos os factores de segunda ordem e, por outro lado, que a correlação entre os factores experimental e comportamental foi elevada (r = 0,769).

Alguns trabalhos nos quais se utiliza a escala SPCS, têm contribuído para confirmar a validade preditiva do modelo transteórico e, por inerência, da própria escala. Uma parte destas investigações incide sobre a relação entre os estádios e os processos de mudança. Prochaska e DiClemente (1983), por exemplo, estudando uma amostra composta por 872 fumadores que param de fumar sem ajuda especializada, observaram que ao longo das várias fases de mudança predominaram diferentes processos. Durante o estádio de pré-contemplação, o recurso aos processos de mudança foi baixo, sugerindo que estes fumadores processam menos informação sobre tabagismo, despendem menos tempo a avaliar-se, têm menos reacções emocionais relacionadas com as consequências negativas de fumar e não evitam os ambientes de fumo. Com o início da fase de contemplação, começou a notar-se uma ênfase na consciencialização. Existe, nesta altura, maior receptividade às informações, bem como sentimentos e pensamentos mais frequentes sobre o tabagismo. À medida que se progride do estádio de contemplação para a acção, os fumadores recorrem à reavaliação pessoal, o que acarreta maior preocupação e tendência para agir. Durante a fase de acção, passam a predominar processos como a libertação pessoal, as relações de ajuda e a gestão do reforço. Finalmente, nos estádios de acção e manutenção, os processos mais significativos foram o contra-condicionamento e o controlo de estímulos, ambos implicados na cessação tabágica (ver Figura 8).

Através de outra investigação desenvolvida por Prochaska, Wilcox e Rossi (cit. in Prochaska et al., 1988), na qual se estudou a importância de utilizar os processos de mudança, durante e entre as sessões psicoterapêuticas, concluiu-se

que as melhorias clínicas mais significativas ocorreram nos pacientes que usaram mais abundantemente processos de mudança. O'Connor, Carbonari e DiClemente (1996), por seu turno, ao avaliar a possibilidade de existir um padrão comum na utilização dos processos de mudança, entre homens e mulheres, confirmaram essa hipótese. Adicionalmente, o estudo replica a estrutura factorial do SPCS, em ambos os sexos, com as duas dimensões de segunda ordem (experimental e comportamental).



Fonte: Prochaska e DiClemente (1983). **Legenda:** **A** = Acção; **C** = Contemplação; **M** = Manutenção; **PC** = Pré-contemplação.

Figura 8. Processos de mudança ao longo dos estádios de mudança.

2.4. Plano de estudo

Com o objectivo de organizar a recolha de dados e testar as hipóteses, elaborou-se um estudo correlacional, com um único momento de observação. Recolheram-se, para o efeito, cinco amostras da população geral, tendo-se definido como variáveis independentes o hábito tabágico (não fumador, ex-fumador e fumador) e o sexo e como variáveis dependentes a Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, o perfil emocional e o perfil tabágico. As questões relativas à Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico e aos questionários de relato pessoal apresentaram, geralmente, um carácter retrospectivo. Por razões óbvias, os não fumadores ficaram dispensados de responder ao perfil tabágico, enquanto os ex-fumadores e os fumadores responderam, respectivamente, a protocolos preparados para a situação de ter parado de fumar ou de ainda ser fumador (ver Quadro XXXIII).

Quadro XXXIII. Plano de estudo correlacional.

Variáveis independentes		Variáveis dependentes			
Sexo	**Hábito tabágico**	**Entrevista Háb. Tab.**	**Perfil emocional**	**Perfil tabágico**	
				Ex-fumador	**Fumador**
Homem	Não fumador	X	X		
	Ex-fumador	X	X	X	
	Fumador	X	X		X
Mulher	Não fumador	X	X		
	Ex-fumador	X	X	X	
	Fumador	X	X		X

2.5. Variáveis

O conjunto de informações recolhidas foi organizado em três grupos: (1) Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, (2) perfil emocional e (3) perfil tabágico (ex-fumador e fumador) e posteriormente procedeu-se à sua codificação e introdução da informação na base de dados, de acordo com o esquema de codificação apresentado nos Quadros XXXIV a XXXVII. O programa informático utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 14.0 para o *Windows*. Todos os procedimentos utilizados durante o processo de recolha, codificação e processamento, tiveram em consideração a garantia do anonimato e privacidade dos participantes.

Quadro XXXIV. Dicionário de variáveis da Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico.

Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
Local	Local de recolha da amostra	1 - INETI; 2 - EDP; 3 - FAPIL; 4 - ULHT; 5 - ULHT-BN; 6 - HMP; 7 - HPV; 8 - CLISA; 9 - HJM; 10 - HMB
TipoAmostra	Controlo *vs.* caso	1 - Controlo; 2 - Caso
N	Número do protocolo	1 ∞
Sexo	Sexo	1 - Homem; 2 - Mulher
Nascimento	Data de nascimento	Mês / Ano
Idade	Idade actual	17 a 83 anos de idade
EstadoCivil	Estado civil	1 - Solteiro; 2 - Casado; 3 - Divorciado; 4 - Viúvo; 5 - União de facto
Escolaridade	Anos de escolaridade	1 - Grau 1; 2 - Grau 2; 3 - Grau 3; 4 - Grau 4; 5 - Grau 5

Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
Profissao	Profissão	0 - Sem profissão; 1 - Grau 1; 2 - Grau 2; 3 - Grau 3; 4 - Grau 4; 5 - Grau 5
Altura	Altura	*cm*
Peso	Peso	*Kg*
Fuma	Actualmente é fumador?	1 - Fumador; 2 - Ex-fumador; 3 - Não fumador
Estadio	Algoritmo do Estádio. Estádio de mudança	1 - Preparação (próximo mês com 1 tentativa); 2 - Contemplação (próximo mês sem 1 tentativa); 3 - Contemplação (próximos 6 meses); 4 - Pré-contemplação (não pensa parar); 5 - Acção (parou últimos 6 meses); 6 - Manutenção (parou há mais 6 meses)
DataExFuma	Quando deixou de fumar?	Ano
Experimentou	Alguma vez experimentou fumar?	1 - Não; 2 - Sim
PNF (1 - 11)	Porque motivo nunca fumou?	1 - Presente; 99 - *Missing value*
CigarroDia	Quantos cigarros fuma por dia?	1 ∞
CigarrilhaDia	Quantos cigarrilhas fuma por dia?	0 ∞
CharutoDia	Quantos charutos fuma por dia?	
CachimboDia	Quantos cachimbos fuma por dia?	
IdadeExperim	Com que idade experimentou fumar?	1 ∞
IdadeComeca	Com que idade começou a fumar?	
QuantosAnos	Há quantos anos fuma?	
Marca	Qual a marca de cigarros?	0 - *Ligth*; 1 - Normal; 2 - Preto
ComoFuma	Como fuma o seu cigarro?	1 - Sempre na boca; 2 - Boca e mão; 3 - Mão
AteOnde	Até onde fuma o seu cigarro?	1 - Um *cm*; 2 - Dois *cm*; 3 - Três *cm*; 4 - Quatro *cm*; 5 - Cinco *cm*; 6 - Seis *cm*
RazaoCom (1 - 14)	Porque razão começou a fumar?	1 - Presente; 99 - *Missing value*
FumaMais (1 - 10)	Fuma mais quando?	
ImportaParar	Para si até que ponto é importante parar?	0 - Nada; 1 - Muito pouco; 2 - Pouco; 3 - Moderadamente; 4 - Bastante; 5 - Muito
MotivaParar (1 - 8)	Motivação para deixar de fumar	
Tentativa (1 - 7)	Quantos dias esteve sem fumar?	1 ∞
Ntentativas	Quantas tentativas fez para deixar de fumar?	0 - Nenhuma tentativa; 1 - Uma tentativa; 2 - Duas tentativas; 3 - Três tentativas; 4 - Quatro tentativas; 5 - Cinco tentativas; 6 - Seis tentativas; 7 - Sete tentativas
RazaoParar (1 - 17)	Porque razão parou de fumar?	1 - Presente; 99 - *Missing value*
ParouGravid	Parou de fumar na gravidez?	1 - Sim; 2 - Não; 99 - *Missing value*
UtilizaTecnica	Utilizou alguma técnica para deixar de fumar?	
QualTecnica (1 - 11)	Qual foi a técnica utilizada?	1 - Sim; 99 - *Missing value*

Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
DificilAbst (1 - 12)	Quais as dificuldades em não fumar?	1 - Presente; 99 - *Missing value*
Recaiu (1 - 10)	Porque recaiu?	
Incentivos (1 - 7)	Quem incentivou a deixar de fumar?	
AvisoMedico	Alguma vez o médico aconselhou a parar?	1 - Nunca; 2 - Algumas vezes; 3 - Muitas vezes
FumarFazMal	Até que ponto fumar faz mal?	0 - Nada; 1 - Pouco; 2 - Nem bem, nem mal; 3 - Bastante; 4 - Muitíssimo
Pai	O pai fuma?	1 - Nunca fumou; 2 - Ex-fumador; 3 - Fumador
Mae	A mãe fuma?	
Irmaos	Os irmãos fumam?	
Conjuge	O cônjuge fuma?	
Filhos	Os filhos fumam?	
Doencas (1 – 20)	De que doenças sofreu ou sofre?	1 - Sofreu; 2 - Sofre
CAGE (1 – 4)	Questionário de hábitos alcoólicos. Pontuação total	0 - Não; 1 - Sim
CAGETotal	Questionário de hábitos alcoólicos	0 - 4
Cerveja	Bebe cerveja?	0 - ∞
CervelaFS	Bebe cerveja ao fim-de-semana?	
Vinho	Bebe vinho?	
VinhoFS	Bebe vinho ao fim-de-semana?	
Digestivos	Bebe digestivos?	
DigestivosFS	Bebe digestivos ao fim-de-semana?	
Café	Bebe café?	
CafeFS	Bebe café ao fim-de-semana?	
Cha	Bebe chá?	
ChaFS	Bebe chá ao fim-de-semana?	

Quadro XXXV. Dicionário de variáveis do perfil emocional.

Perfil emocional		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
BS (1 - 14)	*Bortner Scale*	1 - 24
BSTotal	*Bortner Scale*. Pontuação total	14 - 336
BDI (1 - 21)	*Beck Depression Inventory*	0 - Nada; 1 - Pouco; 2 - Bastante; 3 - Muito
BDITotal	*Beck Depression Inventory*. Pontuação total	0 - 63
PSS (1 - 10)	*Perceived Stress Scale*	0 - Nunca; 1 - Quase nunca; 2 - Algumas vezes; 3 - Frequentemente; 4 - Muito frequentemente
PSS4Rec	Recodificação (itens recodificados devido à cotação invertida)	0 = 4; 1 = 3; 3 = 1; 4 = 0
PSS5Rec		
PSS7Rec		
PSS8Rec		
PSSTotal	*Perceived Stress Scale*. Pontuação total	0 - 40

Perfil emocional		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
STAI (1 - 20)	*State-Trait Anxiety Inventory*	1 - Quase nunca; 2 - Algumas vezes; 3 - Frequentemente; 4 - Quase sempre
STAI1Rec	Recodificação (itens recodificados devido à cotação invertida)	1 = 4; 2 = 3; 3 = 2; 4 = 1
STAI3Rec		
STAI6Rec		
STAI7Rec		
STAI10Rec		
STAI13Rec		
STAI14Rec		
STAI16Rec		
STAI19Rec		
STAITotal	*State-Trait Anxiety Inventory*. Pontuação total	10 - 80

Quadro XXXVI. Dicionário de variáveis do perfil tabágico (ex-fumador).

Perfil tabágico (ex-fumador)		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
FTQex1	*Fagerström Tolerance Questionnaire*	0 - Após 30 minutos; 1 - Primeiros 30 minutos
FTQex2		0 - Não; 1 - Sim
FTQex3		0 - Não o primeiro da manhã; 1 - O primeiro da manhã
FTQex4		0 - 1-15 cpd; 1 - 16-25 cpd; 2 - Mais de 26 cpd
FTQex5		0 - Não; 1 - Sim
FTQex6		
FTQex7		0 - Baixo; 1 - Médio; 2 - Alto
FTQex8		0 - Nunca; 1 - Algumas vezes; 2 - Sempre
FTQexTotal	*Fagerström Tolerance Questionnaire.* Pontuação total	0 - 11
SDBDex (1 - 20)	*Smoking Decisional Balance Scale*	1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Ocasionalmente; 4 - Frequentemente; 5 - Sempre
SDBSexContra (itens pares)	*Smoking Decisional Balance Scale.* Argumentos contra fumar	10 - 50
SDBDexPros (itens ímpares)	*Smoking Decisional Balance Scale.* Argumentos a favor de fumar	
HWSex (1 - 23)	*Horn-Waingrow Scale*	5 – Sempre; 4 - Frequentemente; 3 - Ocasionalmente; 2 - Raramente; 1 - Nunca
HWSexHabitual (2, 8, 15, 20)	Sub-escala de fumador habitual	4 - 20
HWSexDependente (5, 10, 13, 18, 22)	Sub-escala de fumador dependente	5 - 25
HWSexRedNeg (3, 7, 11, 14, 17, 19)	Sub-escala de fumador para redução da afectividade negativa	6 - 30

Perfil tabágico (ex-fumador)		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
HWSexRelaxacao (16, 21)	Sub-escala de fumador por relaxação	2 - 10
HWSexEstimulacao (1, 9, 23)	Sub-escala de fumador por estimulação	3 - 15
HWSexManipulacao (4, 6, 12)	Sub-escala de fumador por manipulação	
SASEex (1 - 12)	*Smoking Abstinence Self-Efficacy*	1 - Completamente inseguro; 2 - Bastante inseguro; 3 - Inseguro; 4 - Nem seguro, nem inseguro; 5 - Seguro; 6 - Bastante seguro; 7 - Completamente seguro
SASEexTotal	*Smoking Abstinence Self-Efficacy*. Pontuação total	12 - 84
PMex (1 - 20)	*Smoking Processes of Change Scale*	1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Ocasionalmente; 4 - Frequentemente; 5 - Sempre
SPCSexConsciencia (4, 11)	Conscencialização	2 - 10
SPCSexDrama (7, 18)	Alívio por dramatização	
SPCSexReavaliaAmb (6, 12)	Reavaliação ambiental	
SPCSexLibertaSocial (3, 14)	Libertação social	
SPCSexReavaliaPessoal (8, 15)	Reavaliação pessoal	
SPCSexContraCond (1, 17)	Contra-condicionamento	
SPCSexControloEst (9, 19)	Controlo de estímulos	
SPCSexGestReforco (5, 20)	Gestão do reforço	
SPCSexRelAjuda (10, 16)	Relações de ajuda	
SPCSexLibertaPessoal (2, 13)	Libertação pessoal	
SPCSexExperimental (3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 18)	Factor experimental	10 - 50
SPCSexComportamental (1, 2, 5, 9, 10, 13, 16, 17, 19, 20)	Factor comportamental	

Quadro XXXVII. Dicionário de variáveis do perfil tabágico (fumador).

Perfil tabágico (fumador)		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
FTQ1	*Fagerström Tolerance Questionnaire*	0 - Após 30 minutos; 1 - Primeiros 30 minutos
FTQ2		0 - Não; 1 - Sim
FTQ3		0 - Não o primeiro da manhã; 1 - O primeiro da manhã

Perfil tabágico (fumador)		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
FTQ4		0 - 1-15 cpd; 1 - 16-25 cpd; 2 - Mais de 26 cpd
FTQ5		0 - Não; 1 - Sim
FTQ6		
FTQ7		0 - Baixo; 1 - Médio; 2 - Alto
FTQ8		0 - Nunca; 1 - Algumas vezes; 2 - Sempre
FTQTotal	*Fagerström Tolerance Questionnaire.* Pontuação total	0 - 11
SDBS (1 - 20)	*Smoking Decisional Balance Scale*	1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Ocasionalmente; 4 - Frequentemente; 5 - Sempre
SDBSContra (itens pares)	*Smoking Decisional Balance Scale.* Sub-escala de argumentos contra fumar	10 - 50
SDBSPros (itens ímpares)	*Smoking Decisional Balance Scale.* Sub-escala de argumentos a favor de fumar	
HWS (1 - 23)	*Horn-Waingrow Scale*	5 – Sempre; 4 - Frequentemente; 3 - Ocasionalmente; 2 - Raramente; 1 - Nunca
HWSHabitual (2, 8, 15, 20)	Sub-escala de fumador habitual	4 - 20
HWSDependente (5, 10, 13, 18, 22)	Sub-escala de fumador dependente	5 - 25
HWSRedNeg (3, 7, 11, 14, 17, 19)	Sub-escala de fumador para redução da afectividade negativa	6 - 30
HWSRelaxacao (16, 21)	Sub-escala de fumador por relaxação	2 - 10
HWSEstimulacao (1, 9, 23)	Sub-escala de fumador por estimulação	3 - 15
HWSManipulacao (4, 6, 12)	Sub-escala de fumador por manipulação	
SAAE (1 - 12)	*Smoking Abstinence Self-Efficacy*	1 - Completamente inseguro; 2 - Bastante inseguro; 3 - Inseguro; 4 - Nem seguro, nem inseguro; 5 - Seguro; 6 - Bastante seguro; 7 - Completamente seguro
SASETotal	*Smoking Abstinence Self-Efficacy*. Pontuação total	12 - 84
SPCS (1 - 20)	*Smoking Processes of Change Scale*	1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Ocasionalmente; 4 - Frequentemente; 5 - Sempre
SPCSConsciencia (4, 11)	Conscencialização	2 - 10
SPCSDrama (7, 18)	Alívio por dramatização	
SPCSReavaliaAmb (6, 12)	Reavaliação ambiental	
SPCSLibertaSocial (3, 14)	Libertação social	
SPCSReavaliaPessoal (8, 15)	Reavaliação pessoal	

Perfil tabágico (fumador)		
Nome	**Rótulo**	**Valores**
SPCSContraCond (1, 17)	Contra-condicionamento	
SPCSControloEst (9, 19)	Controlo de estímulos	
SPCSGestReforco (5, 20)	Gestão do reforço	
SPCSRelAjuda (10, 16)	Relações de ajuda	
SPCSLibertaPessoal (2, 13)	Libertação pessoal	
SPCSExperimental (3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 18)	Factor experimental	10 - 50
SPCSComportamental (1, 2, 5, 9, 10, 13, 16, 17, 19, 20)	Factor comportamental	

2.6. Procedimento

A operacionalização deste estudo levou à adopção de vários procedimentos que poderíamos dividir em quatro grupos: (1) selecção e preparação dos instrumentos, (2) recrutamento, selecção e formação da equipa de testadores, (3) condições para recolha das amostras e (4) angariação e encaminhamento dos participantes.

- **Selecção e preparação dos instrumentos.** A identificação dos instrumentos baseou-se numa revisão de vários estudos desenvolvidos na área do tabagismo e da avaliação psicológica em geral, bem como em discussões com o Orientador da tese e outros especialistas. Por seu turno, os instrumentos deveriam possibilitar testar as hipóteses de investigação, com base em modelos teóricos e, simultaneamente, adequar-se facilmente à diversidade de características dos participantes, dos locais de recolha e dos testadores. Naturalmente, foi necessário ajustar os procedimentos às várias circunstâncias institucionais e respectivas metodologias de trabalho.

  Os princípios subjacentes à organização da Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, do perfil emocional e do perfil tabágico já foram relatados no sub-Capítulo relativo aos Instrumentos. Em alguns casos, a angariação física dos artigos das escalas e respectiva validação não foi fácil. Exemplos desta situação foram a *Horn-Waingrow Scale* (Ikard,

Green & Horn, 1969), a revisão do *Fagerström Tolerance Questionnaire* (Fagerström & Schneider, 1989) ou a *Bortner Scale* (Bortner, 1969). Pelo contrário, a *Perceived Stress Scale* (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) é um instrumento com muita informação disponível, designadamente através da página pessoal de Sheldon Cohen.

A tradução e preparação dos instrumentos foi feita conjuntamente com o Professor Doutor Danilo Rodrigues Silva. Neste âmbito, foi pedido o parecer de vários peritos na área da Psicologia e da saúde mental, de leitores de inglês e a bilingues de língua portuguesa e inglesa. Como se sabe, a clareza na redacção dos itens e das instruções, a adequação das condições logísticas para aplicação de um instrumento e o treino dos testadores, constituem procedimentos fundamentais na redução dos erros de medida (Nunnally & Bernstein, 1994). Assim, numa fase experimental, fizeram-se aproximadamente vinte aplicações para identificar dificuldades na compreensão das instruções ou dos itens. Após esta fase reproduziram-se em série os protocolos de resposta. Considerando que a presente investigação não teve como objectivo central a validação de instrumentos e o facto de algumas das qualidades psicométricas dos questionários que compõem o perfil emocional já terem sido estudadas na população portuguesa (Martins et al., 2000; McIntyre & Araújo-Soares, 1999; Silva & Campos, 1999; Trigo, 1999), não foram desenvolvidos estudos aprofundados relativamente aos questionários, com excepção da *Perceived Stress Scale* (Trigo et al., no prelo).

- **Recrutamento, selecção e formação da equipa de testadores.**

Com o objectivo de melhorar a validade interna do estudo e minimizar enviesamentos na recolha de dados, foi estabelecido um processo de recrutamento, selecção e formação da equipa de testadores, composto por quatro fases. Na primeira fase, recrutaram-se alunos que frequentavam o quarto ano da licenciatura em Psicologia (anos lectivos 2003-2005), da Universidade Lusófona. Para este efeito, o investigador principal, que simultaneamente exerce actividade docente, apresentou os objectivos gerais do estudo e convidou todos os alunos interessados a enviarem um *email* ou a deixarem o seu contacto no final da aula. Este procedimento

conduziu ao contacto com aproximadamente quarenta candidatos que foram avaliados quanto à adequação da sua motivação. Para a segunda fase, seleccionaram-se cerca de trinta colaboradores que assistiram a duas acções de formação sobre os objectivos específicos do estudo e o uso dos instrumentos psicológicos (Anastasi, 1977), com o seguinte programa de trabalhos: (1) finalidade do estudo, (2) constituição da equipa de investigação, (3) regras de conduta no local de recolha, (4) confidencialidade, anonimato e consentimento informado, (5) estabelecimento do contacto e motivação dos participantes, (6) postura e atitude do testador, (7) condução da entrevista estruturada, (8) natureza e preenchimento dos instrumentos de relato pessoal e (9) dificuldades no processo de recolha. A duração total destas acções foi de seis horas. Na terceira fase, utilizando o método "bola de neve", pediu-se aos colaboradores que entrevistassem o maior número possível de familiares, preferencialmente do sexo masculino. Em seguida, os protocolos foram sujeitos à supervisão do investigador principal e, em caso de necessidade, eram corrigidas deficiências na recolha de informação. Para a quarta fase, seleccionaram-se seis testadoras, pedindo-se a sua colaboração para entrevistar participantes em contexto laboral. Após assistirem a algumas entrevistas do investigador principal, cada testadora assumiu a recolha de aproximadamente quinze protocolos. Os locais que receberam testadoras foram o INETI (amostra 1), a EDP (amostra 2) e a FAPIL (amostra 3). Seguidamente, cada protocolo foi sujeito à supervisão e validação por parte do investigador principal.

- **Condições para recolha das amostras.** Em três dos locais em que decorreu a recolha (INETI, EDP e FAPIL), existia um gabinete médico-psicológico devidamente equipado para a realização de consultas. Nestas situações, houve um controlo adequado das condições de entrevista e aplicação dos questionários (Anastasi, 1977). A relação entre os participantes e os testadores foi fácil de estabelecer, as instruções verbais foram claramente compreendidas, os dias e horários de recolha coincidiram com a deslocação das pessoas à consulta médica, as salas estavam devidamente isoladas de ruídos ou distracções, a iluminação, ventilação,

espaço e assento foram satisfatórios, sendo também garantida a privacidade e tranquilidade necessárias a este tipo de procedimentos. Num primeiro momento da entrevista, foram explicados os objectivos da investigação, garantindo-se a confidencialidade, o anonimato, a adequação dos procedimentos utilizados e a liberdade de participação. Em seguida, obteve-se o consentimento verbal do participante, ao mesmo tempo que lhe foi entregue um folheto contendo informação sobre o consentimento informado e respectivos contactos da equipa (ver Anexo 5). Este período de esclarecimento permitiu também estabelecer uma relação com os participantes. Após as sessões de trabalho todos os protocolos ficaram à guarda das testadoras que, posteriormente, os entregaram ao investigador principal.

As aplicações em grupo efectuadas na Universidade Lusófona e os casos recolhidos através do método "bola de neve", foram menos padronizados. Na Universidade Lusófona, as condições físicas e logísticas foram aquelas que servem ao funcionamento geral das aulas, tendo o processo de recolha sido adequado. As instruções verbais resumiram-se à entrevista que passou a ser aplicada sob a forma de um questionário. Para este efeito, recorreu-se ao apoio de um retroprojector para que os participantes pudessem acompanhar visualmente as explicações relativas ao preenchimento da entrevista. Nestas sessões o investigador principal foi auxiliado por uma das testadoras, tendo sido fácil esclarecer dúvidas individualmente, à medida que decorria a aplicação. A este propósito devemos recordar que as aplicações colectivas *podem dar mais uniformidade de condições do que os testes individuais, pois o papel do examinador é menor* (Anastasi, 1977, p. 254). No que se refere à amostra angariada pelo método "bola de neve" é, naturalmente, mais difícil avaliar com rigor até que ponto foram respeitados os requisitos inerentes à recolha de dados de natureza psicológica e psicossocial. Aquilo que se garantiu é que os testadores que participaram no estudo recebessem formação prévia, bem como supervisão regular. Durante todo o processo e atendendo ao nível de motivação destes colaboradores, parece-nos absolutamente correcta a interiorização que fizeram dos objectivos e procedimentos a adoptar.

Relativamente à organização dos materiais de resposta, fez-se uma distribuição das perguntas da entrevista, dos questionários e das respectivas instruções em folhas com formato A3. Estas folhas foram dobradas a meio, formando cadernos de quatro páginas, com formato A4. No caso dos perfis emocionais e tabágicos (ex-fumador ou fumador), inseriu-se uma página adicional, contendo o protocolo de resposta do STAI®-Y2, no perfil emocional e o SPCS, no caso dos perfis tabágicos (ver Figura 9). A qualidade de reprodução foi elevada. Cada cópia foi efectuada a partir de um original, livre de qualquer gralha, deterioração, emenda ou defeito na legibilidade. Alguns participantes das populações mais idosas manifestaram dificuldade na leitura das perguntas, embora esta situação tivesse sido facilmente ultrapassada pela intervenção das testadoras ou do investigador principal.

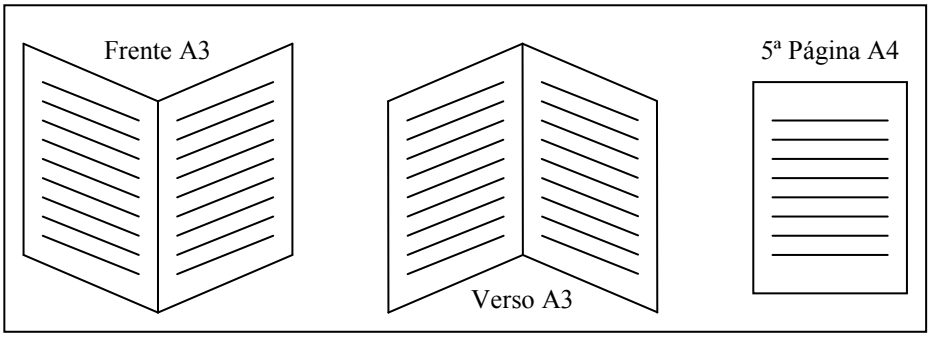


Figura 9. Organização e aspecto geral dos materiais de resposta.

- **Angariação e encaminhamento dos participantes.** De uma forma geral, a angariação e encaminhamento dos participantes foi feita através dos técnicos de saúde das respectivas instituições. No INETI, na EDP e na FAPIL os enfermeiros, após efectuarem as avaliações e registos clínicos de rotina, informavam o utente que estava a decorrer no Serviço um estudo de investigação sobre tabagismo, convidando-o(a) a participar. No caso da pessoa manifestar receptividade, era feito um esclarecimento complementar sobre os objectivos gerais do estudo. Após a fase de angariação, os voluntários eram encaminhados para o investigador. Nesta ocasião, existia uma explicação mais detalhada, garantia-se a natureza anónima, confidencial e voluntária da participação, informava-se sobre a possibilidade de desistir da investigação em qualquer momento, bem como

da utilidade e adequação dos procedimentos utilizados pelos investigadores, esclareciam-se dúvidas e era entregue um impresso de consentimento informado (ver Anexo 5). Finalmente, recolhiam-se informações relacionadas com a Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, o perfil emocional e o perfil tabágico.

Em relação às amostras recolhidas na Universidade Lusófona (amostras 3 e 4), a angariação de participantes foi feita pelo respectivo docente que, após explicar brevemente os objectivos do estudo e obter o consentimento informado, reservava um período do final da aula para os estudantes responderem aos questionários. Os procedimentos subsequentes foram semelhantes aos utilizados nas restantes amostras, embora a aplicação fosse colectiva. Por esta razão, utilizou-se um retroprojector para acompanhar o preenchimento da entrevista estruturada, sendo os restantes questionários de relato pessoal. As dúvidas que entretanto surgiram foram esclarecidas pelo investigador e colaboradoras.

Os procedimentos de recolha através do método "bola de neve", envolveram alguma especificidade, considerando que estes participantes eram familiares ou amigos próximos dos testadores. Tal como em relação aos restantes locais de recolha, o consentimento informado constituiu um requisito fundamental para a inclusão no estudo. Os familiares ou amigos dos testadores que aceitaram participar, deveriam ser saudáveis, ficando excluídas pessoas com doença física ou psiquiátrica. Durante a supervisão, identificaram-se protocolos que necessitaram de ser corrigidos, designadamente no que se refere a dados da entrevista. Este processo foi adequado para treinar competências dos testadores, uma vez que em geral era possível voltar a entrevistar o familiar ou amigo(a) em questão.

2.7. Hipóteses

Estudo 2 - Estudo do tabagismo numa amostra da população geral portuguesa (hipóteses experimentais)

- **Hipótese 1.** Existem diferenças na **Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico** dos participantes não fumadores, ex-fumadores e fumadores.

- **Hipótese 2.** Existem diferenças na **Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico** dos participantes não fumadores, ex-fumadores e fumadores, estratificados por sexo.
- **Hipótese 3.** Existem diferenças no **perfil emocional** dos participantes não fumadores, ex-fumadores e fumadores.
- **Hipótese 4.** Existem diferenças no **perfil emocional** dos participantes não fumadores, ex-fumadores e fumadores, estratificados por sexo.
- **Hipótese 5.** Existem diferenças no **perfil tabágico** dos participantes ex-fumadores e fumadores.
- **Hipótese 6.** Existem diferenças no **perfil tabágico** dos participantes ex-fumadores e fumadores, estratificados por sexo.
- **Hipótese 7.** Os participantes fumadores distribuem-se pelos **estádios de mudança** de acordo com o previsto pelo modelo transteórico, ou seja, no estádio de pré-contemplação encontram-se 40% dos fumadores, no de contemplação 40% e no de preparação 20%.
- **Hipótese 8.** O **balanço decisório** dos participantes ex-fumadores e fumadores segue a distribuição prevista pelo modelo transteórico, ou seja, no estádio de pré-contemplação a quantidade de argumentos pró-tabagismo é significativamente superior aos argumentos contra o tabagismo (SDBS_Pros > SDBS_Contras), no estádio de contemplação os argumentos contra e pró-tabagismo são idênticos (SDBS_Contras ≈ SDBS_Pros) e nos estádios de preparação e acção os argumentos pró-tabagismo são inferiores aos argumentos contra o tabagismo (SDBS_Pros < SDBS_Contras).
- **Hipótese 9.** O nível de **auto-eficácia** para não fumar, nos participantes com história de hábito tabágico (ex-fumadores e fumadores), segue a distribuição prevista pelo modelo transteórico, ou seja, aumenta entre o estádio de pré-contemplação e o estádio de manutenção.
- **Hipótese 10.** A activação das **estratégias de confronto** para a mudança do comportamento tabágico, nos participantes com história de hábito tabágico (ex-fumadores e fumadores), acentua-se ao longo dos estádios de pré-contemplação, contemplação, preparação e acção, atenuando-se na fase de manutenção.

2.8. Ética

A presente investigação respeita integralmente os princípios éticos, valores e normas do Código de conduta dos psicólogos, descritos por entidades nacionais como a Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT, 1995) e o Sindicato Nacional dos Psicólogos (SNP, 1978), bem como por associações profissionais estrangeiras como a *American Psychological Association* (APA, 2002, 2003). Os princípios gerais e específicos do Código de Ética dos Psicólogos, aplicam-se à actividade dos profissionais ou investigadores e, neste caso, estenderam-se também aos estudantes de Psicologia que, sob supervisão, integraram a presente investigação. Os métodos, técnicas e procedimentos utilizados foram controlados de maneira a garantir a competência técnico-científica dos intervenientes e o respeito pelos direitos e dignidade humana (liberdade, dignidade, privacidade, autonomia e bem-estar). Em primeiro lugar, o investigador principal tem-se submetido a formação científica e clínica contínua, bem como a processos de supervisão, particularmente com o seu Orientador de tese. Em segundo lugar, as técnicas de avaliação utilizadas e a revisão bibliográfica efectuada, respeitam os direitos de autor. Em terceiro lugar, submeteu-se o protocolo de investigação às diferentes instituições que autorizaram, sem excepção, a realização do estudo. Em quarto lugar, durante o período que antecedeu a recolha de dados, os testadores receberam formação e supervisão durante toda a sua colaboração (ver o sub-Capítulo relativo ao Procedimento). Em quinto lugar, definiu-se como critério de inclusão no estudo, a obtenção do consentimento informado. Em sexto lugar, efectuou-se um registo, codificação, armazenamento, tratamento e difusão da informação que garante em absoluto o anonimato dos participantes (ver o sub-Capítulo relativo às Variáveis).

- **Competência do investigador principal.** A necessidade de manter um nível elevado de competência no desenvolvimento da investigação, exigiu um esforço constante de aprendizagem, renovação de conhecimentos e supervisão das práticas adoptadas. Este processo resultou na participação em várias actividades de formação, pós-graduações e congressos que tiveram lugar em Portugal e no estrangeiro, tal como na redacção de artigos e *posters* científicos. A supervisão científica foi efectuada regularmente pelo Professor Doutor Danilo Rodrigues Silva que

orientou o projecto de investigação, a selecção e tradução dos instrumentos, a definição de métodos, técnicas e procedimentos, a pesquisa bibliográfica, a revisão bibliográfica e a análise e discussão dos resultados. O pedido e renovação de Bolsa apresentado à Fundação para a Ciência e a Tecnologia também foram apoiados pelo Orientador da tese.

- **Direitos de autor.** Os vários dados, concepções, modelos, teorias e técnicas relatadas nesta investigação, resultaram da análise crítica de mais de seiscentos documentos científicos. Em todas as ocasiões, referiram-se as respectivas fontes, através de citações bibliográficas, tendo em vista proteger e respeitar os direitos de autor e a propriedade intelectual. Nunca se assumiram conceitos, ideias ou resultados de outros autores, como sendo da nossa autoria. Por seu turno, a presente investigação, embora desenvolvida sob tutela do Orientador científico e beneficiando da participação de vários colaboradores, é da responsabilidade e autoria do doutorando. No que se refere aos questionários e escalas, respeitaram-se as condições da sua utilização, sendo, na maioria dos casos, permitida a aplicação para fins educativos e de investigação (ver Quadro XXXVIII).

Quadro XXXVIII. Direitos de cópia dos questionários e escalas.

Instrumentos	**©**
Algoritmo do Estádio	© Autorizado
Escala de Motivação para Deixar de Fumar	
Questionário CAGE	
Bortner Scale	© Autorizado
Beck Depression Inventory®	© HA
Perceived Stress Scale	© Autorizado
State-Trait Anxiety Inventory	© DS
Fagerström Tolerance Questionnaire	© Autorizado
Smoking Decisional Balance Scale	
Horn-Waingrow Scale	
Smoking Abstinence Self-Efficacy	
Smoking Processes of Change Scale	

Legenda: © Autorizado = Autorizada a aplicação para fins de investigação; **© DS =** Autorização concedida no âmbito do estudo de validação desenvolvido pelo Professor Doutor Danilo Rodrigues Silva; **© HA =** Direitos adquiridos à *Harcourt Assessment, Inc.* para 900 reproduções e respectivas aplicações.

O *State-Trait Anxiety Inventory*, cujos direitos são detidos pela editora *Mind Garden, Inc.* (Spielberger, 1983), foi utilizado no âmbito do estudo de validação para a população portuguesa, da autoria do Professor Doutor Danilo Rodrigues Silva. Em relação ao *Beck Depression Inventory*® (Beck et al., 1979), foram adquiridos os direitos para 900 reproduções e respectivas aplicações, através da *Harcourt Assessment, Inc.* (ver Anexo 6).

- **Autorização para recolha de dados.** Nos diferentes locais em que se efectuou a recolha de dados, foi previamente entregue um pedido de autorização que mereceu uma resposta positiva, comunicada por escrito (ver Anexo 7) ou por via verbal (ver Quadro XXXIX). O protocolo de investigação entregue nestas instituições, incluiu os seguintes tópicos: (1) introdução (revisão da literatura), (2) objectivos gerais e específicos, (3) material e métodos (plano, população, critérios, procedimento, medidas, recursos humanos e materiais), (4) originalidade e contributos, (5) ética e deontologia, (6) plano de trabalho, (7) bibliografia e (8) anexos (ex. consentimento informado, folheto de motivação para a cessação tabágica).

Quadro XXXIX. Pedidos e respostas de autorização para recolha de dados.

Amostra	Autorização
INETI	Verbal
EDP	Escrita
FAPIL	Verbal
ULHT	Escrita
ULHT - BN	

- **Consentimento informado.** Entende-se que o consentimento é informado, quando a pessoa que tem "a capacidade de consentir, foi informada apropriadamente quanto à natureza da relação profissional, expressou o consentimento livremente e este foi devidamente documentado" (APPORT, 1995). Este procedimento, por seu turno, implica que seja incluída a seguinte informação: (1) propósito da investigação, duração e procedimentos utilizados, (2) direito a declinar a participação ou dela se retirar a qualquer momento, (3) previsão de consequências pelo abandono da participação, (4) previsão de factores que possam afectar a disposição em participar (ex. riscos potenciais,

desconforto, efeitos adversos), (5) benefícios trazidos pela investigação em curso, (6) limites na confidencialidade, (7) incentivos à participação e (8) contactos para eventuais questões acerca da investigação.

Com este objectivo, os participantes foram informados sobre os objectivos da investigação, responderam-se a todas as dúvidas relativas à natureza do trabalho em curso e obteve-se o consentimento verbal dos participantes. A cada pessoa foi entregue um impresso de consentimento informado, com informação acerca do estudo, constituição da equipa de investigadores e contactos para eventuais dúvidas. No verso desse documento, foram impressas informações sobre as vantagens em parar de fumar (ver Anexo 5).

Em todos os casos a colaboração foi absolutamente voluntária, gratuita, anónima e confidencial. Desde o primeiro contacto para angariação de participantes, foi esclarecido tratar-se de um contributo voluntário, podendo a pessoa desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer consequência. Assegurou-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação recolhida, respeitando a regra de não anexar elementos de identificação pessoal junto dos protocolos de resposta (ex. nome, número do bilhete de identidade ou de contribuinte, endereço, telefone). Após a resposta ao questionário, identificou-se o local de recolha, numerou-se o processo de investigação, colocou-se a data da recolha e o nome do testador (ex. INETI/001/01012005/MT). Pela natureza do estudo, foi necessário registar dados sócio-demográficos (ex. idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão), potencialmente capazes de conduzir à identificação da pessoa. Por razões éticas, esta informação nunca foi cruzada com outros dados pessoais e o investigador principal tomou à sua guarda pessoal e exclusiva, a informação referente à investigação. Desta forma, preservou-se, em todos os momentos, o anonimato e a confidencialidade.

2.9. Análise estatística

Para estudar as propriedades métricas dos instrumentos que compõem a Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico, do perfil emocional e do perfil tabágico (estudo 1), utilizou-se a Análise em Componentes Principais. A aplicabilidade do modelo factorial aos dados, foi confirmada através da medida de adequação amostral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. De seguida, extraíram-se os componentes principais, seguidos de rotação Varimax. Efectuaram-se também análises de consistência interna, usando o coeficiente alfa de Cronbach. Para estudar as correlações entre as pontuações médias dos instrumentos revistos do perfil emocional e do perfil tabágico (ex-fumadores e fumadores), utilizaram-se análises de correlações (Spearman).

Relativamente ao estudo do tabagismo na população geral (estudo 2), calcularam-se estatísticas descritivas (frequência, percentagem, média e desvio-padrão), com o objectivo de caracterizar os dados, e realizaram-se testes estatísticos para testar as hipóteses. Após estudar a normalidade da distribuição de diversas variáveis, através do teste de aderência à normal de *Kolmogorov-Smirnov* com a correcção de *Lilliefors* e de avaliar a homocedasticidade das distribuições, usando o Teste de *Levene*, concluiu-se que não se cumpriam os pressupostos exigíveis à aplicação dos testes paramétricos, tendo-se optado por aplicar testes não-paramétricos. Utilizou-se, assim, o Teste do Qui-Quadrado para avaliar a associação entre variáveis ou o ajustamento entre distribuições. Para comparar duas amostras independentes, recorreu-se ao Teste de *Mann-Whitney* e, no caso de haver mais do que duas amostras, ao Teste de *Kruskal-Wallis*. Para comparar duas amostras dependentes utilizou-se o Teste dos Sinais de *Wilcoxon*. Relativamente ao perfil tabágico, estratificaram-se os dados pelo cruzamento entre o sexo e o hábito tabágico (ex-fumador e fumador).

3. Estudo 1 - Qualidades métricas

Com o objectivo de obter maior controlo sobre as variáveis de confundimento, restringiu-se o estudo das qualidades métricas dos vários instrumentos à idade de 65 anos. Foram, assim, retirados quatro homens, tendo o estrato masculino incluído um total de 301 elementos. Em cada uma das análises factoriais aferiu-se a qualidade das correlações entre as variáveis através do teste Kaiser-Meyer-Olkin[59] e do teste de esfericidade de Bartlett, garantindo-se a aplicabilidade do modelo factorial. Para estudar a estrutura factorial usou-se a Análise em Componentes Principais. O número de componentes a reter foi determinado pela regra de Kaiser (valores próprios > 1) e mantiveram-se os itens com saturação factorial superior a 0,50[60] (Nunnaly & Bernstein, 1994). Note-se que neste tipo de análise é habitual obterem-se estruturas factoriais confusas, em que os componentes obtidos não se assemelham ao constructo original e certos itens surgem isolados sem relação com o constructo original. Por esta razão, o conhecimento antecipado do constructo ou do próprio instrumento, podem revelar-se insuficientes para interpretar os resultados (Briggs & Cheek, 1986).

Para a análise da consistência interna, definiu-se que um bom coeficiente alfa de Cronbach seria ≥ 0,80[61] e as correlações item-total corrigidas deveriam ter valores ≥ 0,30. Segundo Silva e Campos (1999), porém, existem autores que consideram aceitáveis valores mínimos de correlação item-total corrigida até aos 0,20 (*min*. r = 0,20 / *máx*. r = 0,80). Os valores de correlação média inter-item deveriam situar-se no intervalo entre 0,20 e 0,40 (Nunnally & Bernstein, 1994; Pestana & Gageiro, 2005).

---

[59] Critérios para qualificação dos valores de KMO (Pestana & Gageiro, 2005, *p*. 491): 1 - 0,9 (muito bom), 0,8 - 0,9 (bom), 0,7 - 0,8 (médio), 0,6 - 0,7 (razoável), 0,5 - 0,6 (mau), < 0,5 (inaceitável).

[60] Critério para qualificação da saturação factorial (Nunnally & Bernstein, 1994, *p*. 466): $r \geq 0{,}30$, preferencialmente $r \geq 0{,}50$.

[61] Critérios para qualificação do coeficiente alfa de Cronbach (Pestana & Gageiro, 2005, *p*. 526): > 0,9 (muito bom), 0,8 - 0,9 (bom), 0,7 - 0,8 (razoável), 0,6 - 0,7 (fraco) e < 0,6 (inadmissível).

3.1. Escala de Motivação para Deixar de Fumar

Após avaliar a possibilidade da aplicação do modelo factorial [KMO = 0,726; Bartlett (χ^2 = 459,666; *gl* = 28; *p* = 0,000], procedeu-se à Análise em Componentes Principais com rotação Varimax aos oito itens da Escala de Motivação para Deixar de Fumar (EMDF). Com este método, conseguiu-se uma solução de quatro componentes, com uma variância explicada de 65,89%. Os itens 3, 4 e 7, porém, eram ambíguos e foi necessário eliminá-los. A estrutura obtida passou a ser bifactorial, com uma variância explicada de 72,80% (ver Quadro XL). O componente um (itens 2, 5 e 6) parece referir-se a uma dimensão de "motivação", enquanto o componente dois (itens 8 e 1) dirá respeito à "capacidade" para deixar de fumar.

Quadro XL. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da Escala de Motivação para Deixar de Fumar.

Item n.º	Componentes	
	1	2
EMDF 5	0,925	0,102
EMDF 2	0,909	0,100
EMDF 6	0,797	0,053
EMDF 8	0,058	0,807
EMDF 1	0,094	0,797

Pelo estudo da consistência interna concluiu-se que os itens 1 e 8 poderiam ser retirados, embora este procedimento encurtasse excessivamente a dimensão da escala, acabando por eliminar o segundo componente que nos parece bastante interpretável (ver Quadro XLI). A versão final da EMDF apresenta um alfa de 0,694 e uma correlação inter-item dentro do intervalo desejável (*r* = 0,311). A versão final da EMDF incluí os itens 1, 2, 5, 6 e 8, tendo-se eliminado os itens 3, 4 e 7.

Quadro XLI. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da Escala de Motivação para Deixar de Fumar.

Item n.º	Total (*n* = 202)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
EMDF 1	0,234	0,743
EMDF 2	0,655	0,550
EMDF 5	0,679	0,542
EMDF 6	0,507	0,618
EMDF 8	0,233	0,718
Correlação média inter-item	0,311	
α	0,694	

3.2. CAGE

Os testes previamente realizados indicam a possibilidade de utilizar o modelo factorial [KMO = 0,608; Bartlett (χ^2 = 280,885; *gl* = 6; *p* = 0,000], razão pela qual se fez uma Análise em Componentes Principais, aos quatro itens do CAGE. Assim, foi extraído apenas um componente, capaz de explicar 56,92% da variância. Considerando que a saturação factorial do item 3 foi inferior a 0,30 (*r* = 0,083), procedeu-se à sua eliminação, tendo-se obtido uma estrutura interpretável e coerente com os pressupostos teóricos desta medida (ver Quadro XLII).

Quadro XLII. Matriz de componentes principais dos itens do CAGE.

Itens	Componente 1
CAGE 2	0,824
CAGE 1	0,735
CAGE 4	0,698

Atendendo ao facto do CAGE ser uma escala com um número reduzido de itens, pode considerar-se que o alfa de 0,619 constitui um indicador positivo sobre a precisão da medida (ver Quadro XLIII). Relativamente às correlações médias inter-item, encontram-se dentro dos limites definidos (*r* = 0,296). A versão final do CAGE inclui os itens 1, 2 e 4, tendo-se excluído o item 3.

Quadro XLIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do CAGE.

Item n.º	Total (*n* = 758)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
CAGE 1	0,429	0,464
CAGE 2	0,503	0,299
CAGE 4	0,365	0,597
Correlação média inter-item	0,296	
α	0,619	

3.3. *Bortner Scale*

Após confirmar a aplicabilidade do modelo factorial [KMO = 0,699; Bartlett (χ^2 = 1012,936; *gl* = 91; *p* = 0,000], efectuou-se a Análise em Componentes Principais, com rotação Varimax, dos catorze itens da *Bortner Scale* (BS). Inicialmente foram extraídos cinco factores, mas eliminaram-se os itens 3, 6, 8, 10 e 13 devido à sua ambiguidade, o que resultou numa solução de quatro factores. Considerando que o quarto factor é constituído apenas pelo item doze e a sua interpretação teórica é difícil, decidiu-se eliminá-lo (ver Quadro XLIV). Com o objectivo de verificar o nível de correlação entre as três dimensões restantes, repetiu-se a análise factorial em componentes principais, mas com rotação oblíqua (*direct oblimin*). Através deste método, encontraram-se os mesmos três componentes e confirmou-se a baixa correlação entre o componente um e dois (*r* = 0,097), um e três (*r* = - 0,003) e dois e três (*r* = - 0,042).

Na realidade, embora a BS tenha subjacente um constructo unifactorial, aliás de acordo com as concepções teóricas sobre o padrão de comportamento tipo A (PCTA) na data de construção desta escala (Bortner, 1969), investigações posteriores têm posto em causa esta concepção[62]. Actualmente, não se considera que o PCTA seja um conceito unitário, mas antes uma dimensão complexa que junta componentes diferentes, designadamente ira, hostilidade, ambição, competição, reactividade emocional, afectividade negativa, urgência de tempo, afirmação e dominância social ou alienação social. À luz destes

[62] Para uma revisão acerca destes desenvolvimentos, pode ler-se Trigo, Rocha e Coelho (2000) e Trigo, Silva e Rocha (2005).

desenvolvimentos, tornam-se mais compreensíveis os resultados desta análise factorial. Assim, o primeiro componente (itens 4, 5, 7 e 11) parece referir-se à pressão e sentido de urgência, o segundo componente (itens 2 e 14) à realização laboral e o terceiro componente (itens 1 e 9) ao reconhecimento social.

Quadro XLIV. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Bortner Scale*.

Item n.º	Componentes			
	1	2	3	4
BS 11	0,724	-0,035	0,209	-0,227
BS 4	0,708	0,009	0,221	0,145
BS 7	0,654	0,128	-0,167	0,211
BS 5	0,653	0,045	-0,235	-0,020
BS 2	0,017	0,765	0,135	0,047
BS 14	0,077	0,739	-0,139	-0,119
BS 9	0,006	0,209	0,729	0,172
BS 1	-0,004	-0,188	0,647	-0,176
BS 12	0,070	-0,079	-0,002	0,932

Pela análise da consistência interna aos oito itens retidos da BS, foi necessário ainda eliminar os itens 1, 2, 9 e 14, com o objectivo de melhorar o nível de precisão, tendo-se chegado a um alfa de 0,622 (ver Quadro XLV). A correlação média inter-item manteve-se nos limites desejáveis (r = - 0,296) e a variância explicada foi de 47,28%. Assim, com base nestes critérios retiveram-se os itens 4, 5, 7 e 11, tendo-se eliminado os itens 1, 2, 3, 6, 8, 9,10, 12, 13 e 14. Uma possibilidade é que estes quatro itens avaliem uma dimensão relativa ao sentido de urgência do tempo e impaciência, aliás, uma das características tóxicas mais importantes da reactividade emocional (Ulmer & Schwartzburd, 1998).

Quadro XLV. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Bortner Scale*.

Item n.º	Total (n = 754)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
BS 4	0,434	0,534
BS 5	0,369	0,582
BS 7	0,400	0,553
BS 11	0,415	0,543
Correlação média inter-item	0,296	
α	0,622	

3.4. *Beck Depression Inventory®*

Após confirmar a aplicabilidade do modelo factorial [KMO = 0,886; Bartlett (χ^2 = 2536,211; *gl* = 210; *p* = 0,000], obteve-se, através de uma Análise em Componentes Principais, com rotação Varimax, dos vinte e um itens do *Beck Depression Inventory®* (BDI®), uma solução de cinco factores que explicou 45,47% da variância. Uma vez que os itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 16, 18, 20 apresentaram saturações factoriais ambíguas, procedeu-se à sua eliminação. Através de uma nova análise, extraíram-se quatro componentes capazes de explicar 57,23% da variância. Embora o item 14 revele alguma ambiguidade, optou-se por mantê-lo no segundo factor (ver Quadro XLVI). Considerando que a literatura tem sugerido a existência de uma estrutura com dois (Beck, Steer & Brown, 1996; McIntyre & Araújo-Soares, 1999) ou três factores (Arnau et al., 2001; Steer et al., 1998; Tanaka & Huba, 1984), a solução de quatro factores torna-se mais difícil de interpretar. O primeiro componente (itens 13, 15 e 17) poderá corresponder à disfunção da capacidade de desempenho, o segundo componente (itens 3, 7 e 14) a atitudes negativas em relação ao *self*, o terceiro componente (itens 10 e 21) à perda de libido, sendo difícil de interpretar o quarto componente (itens 9 e 19).

Quadro XLVI. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do BDI®.

Item n.º	Componentes			
	1	2	3	4
BDI 15	0,790	0,111	0,066	-0,055
BDI 17	0,725	-0,063	0,283	0,125
BDI 13	0,619	0,286	-0,011	0,057
BDI 7	0,208	0,741	-0,098	0,101
BDI 3	0,072	0,702	0,252	0,215
BDI 14	0,018	0,568	0,435	-0,257
BDI 10	0,036	0,005	0,732	0,275
BDI 21	0,240	0,167	0,647	-0,109
BDI 19	-0,057	-0,032	0,144	0,750
BDI 9	0,192	0,304	-0,080	0,582

Através da análise da consistência interna, concluiu-se que o item 19 deveria ser eliminado, o que resultou, por um lado, na melhoria do alfa de Cronbach que registou o valor de 0,661 e, por outro lado, numa interpretação mais adequada do quarto factor, como estando eventualmente relacionada com uma dimensão de culpa e punição (ver Quadro XLVII). A média das correlações inter-item situou-se ligeiramente abaixo do esperado (r = 0,186). Na versão final do BDI® mantiveram-se os itens 3, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17 e 21 e foram eliminados os itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 16, 18, 19 e 20.

Quadro XLVII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Beck Depression Inventory*®.

Item n.º	**Total (n = 748)**	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
BDI 3	0,430	0,616
BDI 7	0,351	0,632
BDI 9	0,238	0,656
BDI 10	0,258	0,657
BDI 13	0,366	0,627
BDI 14	0,318	0,643
BDI 15	0,395	0,620
BDI 17	0,389	0,621
BDI 21	0,362	0,629
Correlação média inter-item	0,186	
α	0,661	

3.5. *Perceived Stress Scale*

Ao confirmar a aplicabilidade do modelo factorial [KMO = 0,908; Bartlett (χ^2 = 2769,057; gl = 45; p = 0,000], efectuou-se uma Análise em Componentes Principais dos dez itens da *Perceived Stress Scale* (PSS-10). Através deste método, obteve-se uma solução unifactorial, capaz de explicar 47,4% da variância total. Este resultado é teoricamente interpretável, replicando a estrutura factorial original, embora o valor da variância obtida por Cohen e Williamson (1988) seja ligeiramente superior (48,9%). Através da matriz de componentes (ver Quadro XLVIII), observa-se que os vários itens apresentam saturações factoriais salientes, oscilando entre 0,789 e 0,578, valores que se enquadram nos

critérios definidos. Estes dados justificam que os dez itens originais sejam mantidos na versão portuguesa da PSS-10.

Quadro XLVIII. Matriz de componentes principais dos itens da *Perceived Stress Scale*.

Itens	Componente 1
PSS 10	0,789
PSS 8	0,758
PSS 5	0,740
PSS 2	0,735
PSS 9	0,709
PSS 3	0,697
PSS 6	0,628
PSS 1	0,611
PSS 4	0,601
PSS 7	0,578

Através do estudo da consistência interna dos itens que compõem a PSS, registou-se um bom nível de precisão ($\alpha = 0,874$), não existindo justificação para eliminar nenhum item (ver Quadro XLIX). É de salientar que o coeficiente alfa obtido é superior ao valor de 0,78 apresentado por Cohen e Williamson (1988). A correlação média inter-item, porém, ultrapassou ligeiramente o limite superior ($r = 0,410$). Assim, na versão final da PSS-10 não se procedeu à eliminação de qualquer item.

Quadro XLIX. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Perceived Stress Scale*.

Item n.º	Total (*n* = 745)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
PSS 1	0,517	0,868
PSS 2	0,651	0,857
PSS 3	0,612	0,861
PSS 4	0,502	0,869
PSS 5	0,652	0,858
PSS 6	0,533	0,867
PSS 7	0,484	0,870
PSS 8	0,671	0,856
PSS 9	0,621	0,860
PSS 10	0,712	0,852
Correlação média inter-item	0,410	
α	0,874	

3.6. *State-Trait Anxiety Inventory® - Forma Y2*

Após confirmar a aplicabilidade do modelo factorial [KMO = 0,937; Bartlett (χ^2 = 5762,860; *gl* = 190; *p* = 0,000] e através da Análise em Componentes Principais, com rotação Varimax, aos vinte itens da Forma Y2 do *State-Trait Anxiety Inventory®* (STAI®-Y2), obteve-se uma solução de quatro factores. Os itens 2, 4, 8, 13 e 14, porém, revelaram-se ambíguos e a sua eliminação resultou na redução de um factor. Com esta solução de três factores, o último factor passou a ser composto pelos itens 5 ["Sinto-me um(a) falhado(a)"], 12 ("Não tenho muita confiança em mim") e 15 ("Muitas vezes sinto que não sou capaz"), os quais parecem avaliar aspectos relativos à estima e confiança pessoal, aproximando-se de uma dimensão mais depressiva do que ansiosa. Por esta razão, excluiu-se este conjunto de itens, o que resultou numa solução final bifactorial, capaz de explicar 56,74% da variância (ver Quadro L).

A interpretação desta estrutura bifactorial deve levar em consideração a noção de erro de medida, devido ao conjunto de respostas (*response set*). Segundo Carmines e Zeller (1979), as pessoas tendem a responder às entrevistas ou questionários de maneira superficial, sem considerar atentamente o conteúdo das perguntas. Deste ponto de vista, é mais provável encontrar inter-correlações entre os itens escritos no mesmo sentido, do que entre itens que diferem na direcção da sua redacção. Como se pode constatar no caso do STAI®-Y2, o primeiro factor inclui os itens recodificados e redigidos pela positiva (itens 1Rec, 3 Rec, 6 Rec, 7 Rec, 10 Rec, 16 Rec, 19 Rec), os quais avaliam uma dimensão de afectividade positiva (ex. item - 10. "Sou feliz"), enquanto o segundo factor inclui os itens escritos pela negativa e cotados de forma directa (itens 9, 11, 17, 18, 20), referindo-se à afectividade negativa [ex. item 2 - "Sinto-me nervoso(a) e inquieto(a)"]. Assim, a solução bifactorial parece não indicar a existência de dois constructos diferentes, mas apenas um que devido ao estilo de redacção dos itens produz o segundo componente. Com base nesta justificação, os dois componentes passam a ser interpretados como pertencendo a uma mesma dimensão ansiosa, o que nos aproxima de uma solução unifactorial, aliás concordante com os fundamentos teóricos e a natureza da Forma Y2 do STAI®.

Quadro L. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da Forma Y2 do *State-Trait Anxiety Inventory*®.

Item n.º	Componentes		
	1	2	3
STAI 16Rec	0,788	0,157	0,202
STAI 6Rec	0,777	0,222	0,090
STAI 10Rec	0,748	0,101	0,252
SATI 1Rec	0,723	0,186	0,263
STAI 19Rec	0,681	0,187	0,197
STAI 7Rec	0,657	0,238	-0,073
STAI 3Rec	0,615	0,184	0,403
STAI 17	0,063	0,781	0,134
STAI 18	0,188	0,721	0,190
STAI 9	0,132	0,686	0,100
STAI 20	0,326	0,639	0,079
STAI 11	0,309	0,579	0,186
STAI 5	0,187	0,079	0,727
STAI 12	0,184	0,140	0,704
STAI 15	0,146	0,344	0,619

Legenda: Rec = Item recodificado e cotado de forma inversa (1 = 4; 2 = 3; 3 = 2; 4 = 1).

O valor do alfa de Cronbach indica a existência de uma boa consistência interna (α = 0,880), sem itens para eliminar (ver Quadro LI). Este nível de precisão para a escala do traço de ansiedade (Y2) é próximo do alfa de 0,90 obtido por Spielberger (1983) e dos valores situados entre 0,88 e 0,93, divulgados por Silva e Campos (1999) com base no estudo de diversas amostras da população portuguesa. A correlação média inter-item encontra-se igualmente dentro do intervalo previsto (*r* = 0,381). Assim, com base nestas análises retêm-se os itens 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19 e 20 e eliminam-se os itens 2, 4, 5, 8, 12, 13, 14 e 15.

Quadro LI. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *State-Trait Anxiety Inventory*®.

Item n.º	Total (*n* = 738)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
SATI 1	0,665	0,866
STAI 3	0,625	0,868
STAI 6	0,668	0,865
STAI 7	0,524	0,874
STAI 9	0,442	0,879
STAI 10	0,630	0,868
STAI 11	0,544	0,872
STAI 16	0,682	0,864
STAI 17	0,457	0,877
STAI 18	0,535	0,873
STAI 19	0,599	0,869
STAI 20	0,554	0,872
Correlação média inter-item	0,381	
α	0,880	

3.7. *Fagerström Tolerance Questionnaire*

Aplicação do FTQ ao grupo de fumadores

Confirmada a possibilidade de estudar a estrutura factorial [KMO = 0,764; Bartlett (χ^2 = 226,313; *gl* = 28; *p* = 0,000], fez-se uma Análise em Componentes Principais, com rotação Varimax, aos oito itens do *Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ), tendo-se começado por extrair três factores. Porém, como a análise da consistência interna implicou a eliminação dos itens 5, 7 e 8, fez-se novamente o estudo factorial. Daqui resultou um único factor, capaz de explicar 47,88% da variância (ver Quadro LII). Estes cinco itens (1, 2, 3, 4, 6) são teoricamente interpretáveis como pertencentes a uma dimensão de dependência física de nicotina.

Quadro LII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Fagerström Tolerance Questionnaire*.

Item n.º	Componente
FTQ 4	0,778
FTQ 6	0,774
FTQ 1	0,765
FTQ 2	0,594
FTQ 3	0,501

Os estudos sobre a precisão, levaram à eliminação dos itens 5, 7 e 8, tendo-se obtido um alfa de 0,706 (ver Quadro LIII). Embora pudesse ocorrer uma melhoria no valor do alfa, pela eliminação do item 3, este acréscimo é pouco relevante. A correlação média inter-item manteve-se dentro dos limites adequados (*r* = 0,338). A versão final reteve os itens 1, 2, 3, 4 e 6, eliminando-se os itens 5, 7 e 8.

Quadro LIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Fagerström Tolerance Questionnaire*.

Item n.º	Total (*n* = 203)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
FTQ 1	0,570	0,629
FTQ 2	0,399	0,682
FTQ 3	0,314	0,713
FTQ 4	0,555	0,633
FTQ 6	0,572	0,615
Correlação média inter-item	0,338	
α	0,706	

Como uma das razões para estudar a versão de oito itens do FTQ era a de avaliar o funcionamento dos itens 7 e 8, ausentes no *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Heatherton et al., 1991), conclui-se que constituem realmente perguntas dispensáveis. Tanto no que diz respeito aos itens 7 e 8, como no que se refere ao item 5, as suas correlações com a pontuação total são baixas (r = -0,027, r = 0,194 e r = 0,125, respectivamente), revelando pouca associação com o constructo avaliado pelo questionário, ou seja, a dependência física de nicotina. No caso do item 7, que pretende determinar o nível de dependência através do teor nicotínico dos cigarros, parece evidente que as várias medidas de compensação, durante a inalação do fumo, podem enviesar esta avaliação. Em relação ao item 8, como a maior parte dos fumadores inala o fumo do cigarro (92,6%), sempre (73,4%) ou algumas vezes (19,2%), a pergunta perde poder discriminatório. Algo semelhante ocorre no item 5, sendo minoritária a percentagem de pessoas que relata fumar mais nas primeiras horas, após acordar (12,3%), relativamente àquelas que dizem fumar principalmente durante o resto do dia (87,7%). Geralmente, as pessoas interpretam que o resto do dia inclui parte da manhã, a tarde e a noite, períodos que são obviamente mais longos e durante os quais os fumadores consomem a maior quantidade de cigarros.

Aplicação do FTQ_ex ao grupo de ex-fumadores

Dada a aplicabilidade do modelo factorial [KMO = 0,691; Bartlett (χ^2 = 125,348; gl = 28; p = 0,000], realizaram-se análises em componentes principais, com rotação Varimax, aos oito itens do *Fagerström Tolerance Questionnaire*, numa versão aplicada a ex-fumadores (FTQ_ex). À semelhança dos FTQ, obtiveram-se novamente três componentes, sem itens ambíguos, mas a análise da consistência interna levou à eliminação dos itens 5, 7, e 8. Feita uma nova análise factorial ao FTQ_ex, obteve-se uma solução unifactorial capaz de explicar 45,52% da variância (ver Quadro LIV). Este componente é teoricamente interpretável como pertencente a uma dimensão de dependência física de nicotina.

Quadro LIV. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Fagerström Tolerance Questionnaire*_ex.

Item n.º	Componente
FTQ_ex 6	0,768
FTQ_ex 4	0,681
FTQ_ex 2	0,675
FTQ_ex 1	0,624
FTQ_ex 3	0,615

No que se refere à consistência interna (ver Quadro LV), o alfa de Cronbach foi de 0,666 e a correlação média inter-item manteve-se dentro dos limites (r = 0,316), sem indicação para eliminar qualquer dos itens. A versão final manteve os itens 1, 2, 3, 4 e 6, excluindo os itens 5, 7 e 8.

Quadro LV. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Fagerström Tolerance Questionnaire*_ex.

Item n.º	**Total (n = 132)**	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
FTQ_ex 1	0,378	0,636
FTQ_ex 2	0,462	0,602
FTQ_ex 3	0,377	0,634
FTQ_ex 4	0,455	0,650
FTQ_ex 6	0,573	0,556
Correlação média inter-item	0,316	
α	0,666	

Comparação da estrutura do FTQ e do FTQ_ex

Como tivemos oportunidade de verificar, a estrutura de itens do FTQ, aplicada a fumadores e ex-fumadores, é precisamente a mesma (ver Quadro LVI).

Quadro LVI. Comparação da estrutura do FTQ e do FTQ_ex.

Itens	**FTQ**	**FTQ_ex**
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
6	6	6

3.8. *Smoking Decisional Balance Scale*

Aplicação do SDBS ao grupo de fumadores

Sendo possível aplicar o modelo factorial [KMO = 0,646; Bartlett (χ^2 = 287,900; gl = 45; p = 0,000], fez-se uma análise em componentes principais, com rotação Varimax, aos vinte itens da *Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS). Inicialmente, foram extraídos seis componentes, mas foram eliminados os itens

4, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 19 e 20, devido à ambiguidade da sua saturação factorial. A solução factorial final reteve quatro componentes capazes de explicar 63,90% da variância (ver Quadro LVII).

Quadro LVII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Smoking Decisional Balance Scale*.

Item n.º	Componentes			
	1	2	3	4
SDBS 3p	0,816	-0,045	0,143	0,097
SDBS 1p	0,773	0,119	0,026	-0,139
SDBS 2p	0,704	0,031	0,145	0,099
SDBS 5c	0,093	0,813	-0,015	-0,025
SDBS 13c	0,032	0,714	-0,032	0,116
SDBS 11c	-0,021	0,708	0,131	0,035
SDBS 9p	0,107	-0,044	0,867	-0,133
SDBS 7p	0,221	0,156	0,761	0,262
SDBS 12c	-0,102	-0,096	0,144	0,827
SDBS 18c	0,174	0,268	-0,098	0,692

Legenda: c = Sub-escala contra fumar; p = Sub-escala pró-fumador.

Partindo do princípio de que a versão original da SDBS é composta por duas sub-escalas (argumentos "prós" e "contra" fumar), assinalaram-se com "p" os itens a favor e com "c" os itens contra fumar, para maior facilidade de interpretação. O primeiro componente inclui os itens 1p, 2p e 3p, referindo-se aos aspectos pessoais e positivos de fumar. O segundo factor junta os itens 5c, 11c e 13c, envolvendo aspectos pessoais negativos. No terceiro factor estão os itens 7p e 9p que dizem respeito a argumentos a favor de fumar por razões interpessoais. Por seu turno, o quarto componente tem os itens 12c e 18c, relativos a argumentos contra fumar por razões interpessoais. Esta estrutura factorial é concordante com alguns dos pressupostos subjacentes à construção desta escala (ex. Janis & Mann, 1977), justificando-se que os componentes um e três constituam uma única sub-escala de argumentos a favor de fumar (itens 1p, 2p, 3p, 7p, 9p) e os componentes dois e quatro, uma única sub-escala de argumentos contra o tabagismo (itens 5c, 11c, 12c, 13c, 18c).

Relativamente à consistência interna (ver Quadro LVIII), a sub-escala de "prós" teve um alfa de 0,654, sem indicação de itens a eliminar e uma correlação média inter-item adequada (r = 0,286). Para a sub-escala de "contras" obteve-se um alfa de 0,517, com indicação para eliminar o item 12 (α = 0,558), embora se

tenha optado por manter o referido item, a fim de manter o equilíbrio no número de itens que compõem cada sub-escala. A correlação média inter-item foi ligeiramente inferior ao esperado (r = 0,185). No final, retiveram-se os itens 1, 2, 3, 7, 9 (sub-escala SDBS_Pros), 5, 11, 12, 13, 18 (sub-escala SDBS_Contras), tendo-se eliminado os itens 4, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 19 e 20.

Quadro LVIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Smoking Decisional Balance Scale*.

Item n.º	**Sub-escala de prós Total (n = 200)**		**Item n.º**	**Sub-escala de contras Total (n = 200)**	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item		Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
SDBS 1	0,383	0,617	SDBS 5	0,381	0,403
SDBS 2	0,411	0,601	SDBS 11	0,321	0,457
SDBS 3	0,496	0,568	SDBS 12	0,127	0,558
SDBS 7	0,435	0,596	SDBS 13	0,364	0,406
SDBS 9	0,356	0,627	SDBS 18	0,288	0,464
r i-i	0,286		r i-i	0,185	
α	0,654		α	0,517	

Legenda: r i-i = Correlação média inter-item.

Aplicação do SDBS_ex ao grupo de ex-fumadores

Após confirmar a possibilidade de aplicar o modelo factorial [KMO = 0,663; Bartlett (χ^2 = 644,640; gl = 190; p = 0,000], fez-se a Análise em Componentes Principais, com rotação Varimax, aos vinte itens da *Smoking Decisional Balance Scale*, aplicada a um grupo de ex-fumadores (SDBS_ex). Inicialmente extraíram-se sete factores, mas os itens 4, 10, 12 e 16 apresentaram saturações factoriais ambíguas e o estudo da consistência interna levou à eliminação dos itens 6, 7, 9, 15 e 20. A nova análise factorial resultou numa solução com três componentes, capazes de explicar 57,35% da variância (ver Quadro LIX).

O primeiro componente inclui argumentos "pró" tabagismo (itens 1p, 2p, 3p, 17p), enquanto o segundo (itens 5c, 8c, 11c, 13c) e terceiro (itens 14c, 18c, 19c) componentes se referem aos argumentos contra fumar. À semelhança do que aconteceu na versão de fumadores e à luz do constructo teórico da SDBS, juntaram-se os dois componentes de argumentos contra o tabagismo na mesma sub-escala (5c, 8c, 11c, 13c, 14c, 18c, 19c).

Quadro LIX. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Smoking Decisional Balance Scale*_ex.

Item n.º	Componentes		
	1	2	3
SDBS_ex 3p	0,829	0,065	-0,016
SDBS_ex 17p	0,754	0,019	0,131
SDBS_ex 2p	0,707	0,074	-0,017
SDBS_ex 1p	0,690	-0,056	0,061
SDBS_ex 13c	0,061	0,813	0,067
SDBS_ex 5c	0,260	0,791	0,065
SDBS_ex 11c	-0,031	0,699	0,175
SDBS_ex 8c	-0,136	0,619	0,235
SDBS_ex 19c	0,139	0,075	0,792
SDBS_ex 14c	0,130	0,141	0,760
SDBS_ex 18c	-0,112	0,228	0,607

Legenda: c = Sub-escala contra fumar; p = Sub-escala pró-fumador.

Na sub-escala de argumentos "Pró" tabagismo, o estudo da consistência interna levou à eliminação dos itens 7, 9, 15 e 20, tendo-se obtido um alfa de 0,692 e uma correlação média inter-item dentro dos limites estabelecidos (r = 0,326). Embora a retirada do item 7 pudesse melhorar ligeiramente a fidelidade da escala, o item foi mantido por ser teoricamente fácil de interpretar (ver Quadro LX). Relativamente à sub-escala de afirmações "contra" o tabagismo, eliminou-se o item 6 e o alfa foi de 0,725, com adequada correlação média inter-item (r = 0,279). Na versão final, mantiveram-se os itens 1, 2, 3, 7, 17 (sub-escala SDBS_ex_Pros), 5, 8, 11, 13, 14, 18, 19 (sub-escala SDBS_ex_Contra), tendo-se eliminado os itens 4, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16 e 20.

Quadro LX. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Smoking Decisional Balance Scale*_ex.

Item n.º	SDBS_ex_Pros Total (n = 132)		Item n.º	SDBS_ex_Contras Total (n = 131)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item		Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
SDBS_ex 1	0,413	0,659	SDBS_ex 5	0,507	0,676
SDBS_ex 2	0,537	0,600	SDBS_ex 8	0,430	0,695
SDBS_ex 3	0,553	0,608	SDBS_ex 11	0,481	0,687
SDBS_ex 7	0,256	0,735	SDBS_ex 13	0,511	0,676
SDBS_ex 17	0,551	0,594	SDBS_ex 14	0,420	0,697
			SDBS_ex 18	0,363	0,710
			SDBS_ex 19	0,374	0,713
r i-i	0,326		r i-i	0,279	
α	0,692		α	0,725	

Legenda: r i-i = Correlação média inter-item.

Comparação da estrutura da SDBS e da SDBS_ex

Os itens que compõem a versão de fumadores e ex-fumadores da sub-escala de afirmações "Pró" tabagismo, divergem entre si, na medida em que a SDBS inclui o item 9 que é excluído na SDBS_ex. Esta, por seu turno, inclui o item 17 que é excluído na SDBS. Em relação à sub-escala de afirmações "contra" o tabagismo, a SDBS retém o item 12 que não está presente na SDBS_ex, ao passo que nesta versão são mantidos os itens 8, 14 e 19, ausentes da SDBS (ver Quadro LXI).

Quadro LXI. Comparação da estrutura da SDBS e da SDBS_ex.

Itens	Sub-escala de prós		Itens	Sub-escala de contras	
	SDBS	SDBS_ex		SDBS	SDBS_ex
1	1	1	5	5	5
2	2	2	8	-	**8**
3	3	3	11	11	11
7	7	7	12	**12**	-
9	**9**	-	13	13	13
17	-	**17**	14	-	**14**
			18	18	18
			19	-	**19**

Legenda: A negrito estão os itens que apenas surgem numa das sub-escalas.

3.9. *Horn-Waingrow Scale*

Aplicação do HWS ao grupo de fumadores

Confirmada a adequação do método factorial [KMO = 0,894; Bartlett (χ^2 = 2120,534; *gl* = 253; *p* = 0,000], fez-se a Análise em Componentes Principais com rotação Varimax aos vinte e três itens da *Horn-Waingrow Scale* (HWS). Através deste procedimento surgem seis factores que explicam 67,13% da variância, não existindo qualquer item ambíguo (ver Quadro LXII).

Quadro LXII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Horn-Waingrow Scale*.

Item n.º	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
HWS 14c	0,844	0,122	0,104	0,174	0,045	0,095
HWS 11c	0,728	0,314	0,170	0,273	0,008	0,093
HWS 3c	0,713	0,155	0,281	0,231	0,114	0,200
HWS 7c	0,674	0,264	-0,018	0,263	0,102	-0,064
HWS 17c	0,657	0,162	0,217	-0,050	0,335	0,025
HWS 19c	0,604	0,435	-0,029	0,330	-0,067	0,097
HWS 10b	0,310	0,709	0,205	0,141	0,228	0,120
HWS 5b	0,169	0,688	0,232	0,190	0,114	-0,073
HWS 22b	0,265	0,661	0,282	0,270	0,097	0,244
HWS 18b	0,428	0,643	0,223	0,023	-0,040	0,175
HWS 13b	0,179	0,638	0,010	0,198	0,289	0,008
HWS 15a	0,000	0,103	0,810	0,153	0,110	-0,056
HWS 2a	0,180	0,172	0,757	0,102	0,140	-0,113
HWS 8a	0,281	0,248	0,739	-0,015	0,001	0,098
HWS 1e	0,241	0,051	0,090	0,768	0,146	0,057
HWS 23e	0,173	0,306	0,096	0,710	0,225	0,102
HWS 9e	0,335	0,287	0,123	0,630	0,017	0,010
HWS 12f	0,322	0,098	-0,003	0,078	0,767	0,130
HWS 6f	0,018	0,288	0,202	0,038	0,720	-0,059
HWS 4f	-0,018	0,037	0,057	0,174	0,676	0,041
HWS 16d	0,094	0,168	-0,025	0,101	0,137	0,840
HWS 21d	0,174	0,199	0,055	0,024	0,095	0,821
HWS 20a	0,052	0,362	0,171	-0,019	0,195	-0,576

Legenda: a = Fumador habitual; b = Fumador dependente; c = Redução do afecto negativo; d = Fumador por relaxação; e = Fumador por estimulação; f = Fumador por manipulação.

Considerando que a HWS é composta por seis sub-escalas e para facilitar a interpretação dos resultados, atribuiu-se uma letra a cada item (a, b, c, d, e, f) tendo em consideração a sub-escala a que pertence (ver Quadro LXIII). Obteve-se a reprodução quase integral da estrutura factorial original, com excepção do item 20a que satura no sexto componente ("Fumador por relaxação"), em vez de apresentar saturação no terceiro componente ("Fumador habitual").

Quadro LXIII. Codificação em letras das sub-escalas originais da *Horn-Waingrow Scale*.

Sub-escalas	Itens						Letra
Fumador habitual	2	8	15	20			a
Fumador dependente	5	10	13	18	22		b
Redução do afecto negativo	3	7	11	14	17	19	c
Fumador por relaxação	16	21					d
Fumador por estimulação	1	9	23				e
Fumador por manipulação	4	6	12				f

A análise do alfa de Cronbach ao total dos itens da HWS revela um nível muito bom de consistência interna (α = 0,910). Apenas a eliminação do item 20 poderia melhorar ligeiramente o alfa (α = 0,913), mas este acréscimo seria pouco significativo (ver Quadro LXIV). A correlação média inter-item encontrou-se dentro dos valores esperados (*r* = 0,303).

Quadro LXIV. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Horn-Waingrow Scale*.

Item n.º	**Total (*n* = 196)**	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
HWS 1	0,472	0,908
HWS 2	0,460	0,908
HWS 3	0,698	0,903
HWS 4	0,262	0,912
HWS 5	0,591	0,905
HWS 6	0,411	0,909
HWS 7	0,596	0,905
HWS 8	0,506	0,907
HWS 9	0,573	0,906
HWS 10	0,731	0,902
HWS 11	0,721	0,903
HWS 12	0,475	0,908
HWS 13	0,563	0,906
HWS 14	0,629	0,904
HWS 15	0,363	0,910
HWS 16	0,306	0,911
HWS 17	0,584	0,905
HWS 18	0,645	0,904
HWS 19	0,641	0,904
HWS 20	0,203	0,913
HWS 21	0,355	0,910
HWS 22	0,729	0,902
HWS 23	0,591	0,905
Correlação média inter-item	0,303	
α	0,910	

A análise da consistência interna por sub-escala revelou alfas com níveis adequados, embora, na sub-escala "Fumador por relaxação", tivesse sido necessário eliminar o item 20a, a fim de o alfa de Cronbach subir de 0,159, para 0,809 (ver Quadro LXV). Em face destes resultados procedeu-se ao cálculo de

uma pontuação total para a HWS, relativa à dependência emocional de cigarros e estabeleceram-se, simultaneamente, pontuações para cada uma das sub-escalas. No final, a versão portuguesa inclui os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 23, tendo-se retirado o item 20.

Quadro LXV. Coeficiente alfa de Cronbach nas sub-escalas da *Horn-Waingrow Scale*.

Sub-escalas	Itens	Alfa de Cronbach
Fumador habitual	2, 8, 15	0,736
Fumador dependente	5, 10, 13, 18, 22	0,836
Redução do afecto negativo	3, 7, 11, 14, 17, 19	0,881
Fumador por relaxação	16, 21	0,809
Fumador por estimulação	1, 9, 23	0,735
Fumador por manipulação	4, 6, 12	0,669

Aplicação do HWS_ex ao grupo de ex-fumadores

Com a garantia de poder efectuar estudos factoriais [KMO = 0,837; Bartlett (χ^2 = 1628,243; *gl* = 253; *p* = 0,000], fez-se uma Análise em Componentes Principais aos vinte e três itens da versão aplicada a ex-fumadores da *Horn-Waingrow Scale* (HWS_ex). Inicialmente retiram-se seis componentes, mas os itens 3c, 15a e 23e foram eliminados devido à sua saturação ambígua. Como resultado, alcançou-se uma solução com cinco componentes e uma variância explicada de 66,36% (ver Quadro LXVI).

No primeiro componente juntam-se os itens das sub-escalas "Fumador habitual" (itens 2a, 8a) e "Fumador dependente" (itens 5b, 10b, 13b, 18b, 22b). Este resultado não é surpreendente se considerarmos que Ikard, Green e Horn (1969) identificam correlações, moderadas ou fortes, entre as três primeiras sub-escalas da HWS. Quanto aos restantes componentes, existe uma réplica da estrutura factorial original, exceptuando o item 20a que volta a saturar indevidamente na sub-escala "Fumador por relaxação" (itens 16d, 21d), respeitante ao quarto componente (ver Quadro LXVII).

Quadro LXVI. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Horn-Waingrow Scale*_ex.

Item n.º	Componentes				
	1	2	3	4	5
HWS_ex_8a	0,804	0,109	-0,002	0,088	0,272
HWS_ex_18b	0,733	0,328	0,035	0,173	0,003
HWS_ex_2a	0,682	-0,094	0,119	0,085	0,272
HWS_ex_22b	0,678	0,420	0,141	0,331	0,046
HWS_ex_10b	0,676	0,450	0,138	0,135	-0,014
HWS_ex_5b	0,639	0,378	0,089	-0,112	0,098
HWS_ex_13b	0,633	0,316	0,217	-0,119	0,003
HWS_ex_14c	0,245	0,824	-0,052	0,025	-0,055
HWS_ex_11c	0,333	0,760	0,066	0,118	0,236
HWS_ex_7c	0,119	0,732	0,081	0,165	0,382
HWS_ex_19c	0,440	0,682	-0,003	0,157	0,150
HWS_ex_17c	0,127	0,636	0,371	0,003	0,026
HWS_ex_12f	0,250	0,162	0,782	0,144	0,049
HWS_ex_6f	0,092	0,062	0,763	0,036	0,091
HWS_ex_4f	-0,002	-0,003	0,730	-0,036	0,061
HWS_ex_16d	0,203	0,064	0,269	0,778	0,125
HWS_ex_21d	0,168	0,340	0,163	0,777	0,059
HWS_ex_20a	0,062	0,046	0,205	-0,613	0,098
HWS_ex_1e	0,205	0,051	0,235	0,123	0,730
HWS_ex_9e	0,162	0,404	-0,025	-0,168	0,704

Legenda: a = Fumador habitual; b = Fumador dependente; c = Redução do afecto negativo; d = Fumador por relaxação; e = Fumador por estimulação; f = Fumador por manipulação.

Quadro LXVII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Horn-Waingrow Scale*_ex.

Item n.º	Total (*n* = 130)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
HWS_ex_1	0,401	0,892
HWS_ex_2	0,453	0,891
HWS_ex_4	0,206	0,898
HWS_ex_5	0,610	0,887
HWS_ex_6	0,329	0,895
HWS_ex_7	0,605	0,887
HWS_ex_8	0,622	0,886
HWS_ex_9	0,429	0,891
HWS_ex_10	0,715	0,883
HWS_ex_11	0,725	0,883
HWS_ex_12	0,511	0,889
HWS_ex_13	0,587	0,887
HWS_ex_14	0,554	0,888

Item n.º (continuação)	Total (*n* = 130)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
HWS_ex_16	0,391	0,893
HWS_ex_17	0,531	0,889
HWS_ex_18	0,650	0,885
HWS_ex_19	0,709	0,883
HWS_ex_20	0,019	0,903
HWS_ex_21	0,477	0,890
HWS_ex_22	0,768	0,881
Correlação média inter-item	0,294	
α	0,894	

A consistência interna das sub-escalas foi em geral boa, com um valor ligeiramente mais baixo para a sub-escala "Fumador por estimulação" (α = 0,528). Em relação à sub-escala "Fumador por relaxação", a eliminação do item 20 contribuiu para aumentar o alfa de Cronbach, do valor 0,177, para 0,807 (ver Quadro LXVIII). No final mantiveram-se os itens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21 e 22, enquanto os itens 3, 15, 20 e 23 foram eliminados.

Quadro LXVIII. Coeficiente alfa de Cronbach nas sub-escalas da *Horn-Waingrow Scale_ex*.

Sub-escala	Itens	Alfa de Cronbach
Fumador habitual Fumador dependente	2, 5, 8, 10, 13, 18, 22	0,880
Redução do afecto negativo	7, 11, 14, 17, 19	0,863
Fumador por relaxação	16, 21	0,807
Fumador por estimulação	1, 9	0,528
Fumador por manipulação	4, 6, 12	0,707

Comparação da estrutura da HWS e da HWS_ex

Os itens e as sub-escalas que compõem a versão da HWS para fumadores e ex-fumadores, diferem na medida em que a HWS_ex apresenta as seguintes características (ver Quadro LXIX): (a) as sub-escalas originais "Fumador habitual" e "Fumador dependente" formam um único factor e excluem o item 15, (b) a sub-escala "Redução do afecto negativo" exclui o item 3 e (c) a sub-escala "Fumador por estimulação" exclui o item 23. Em ambas as aplicações da HWS, porém, o item 20 foi eliminado da sub-escala "Fumador por relaxação".

Quadro LXIX. Comparação da estrutura da HWS e da HWS_ex.

Sub-escalas	HWS	HWS_ex
Fumador habitual	2, 8, **15**	2, 5, 8, 10, 13, 18, 22
Fumador dependente	5, 10, 13, 18, 22	
Redução do afecto negativo	**3**, 7, 11, 14, 17, 19	7, 11, 14, 17, 19
Fumador por relaxação	16, 21	16, 21
Fumador por estimulação	1, 9, **23**	1, 9
Fumador por manipulação	4, 6, 12	4, 6, 12

Legenda: A negrito estão os itens que apenas surgem na HWS.

3.10. *Smoking Abstinence Self-Efficacy*

Aplicação do SASE ao grupo de fumadores

Confirmada a possibilidade de aplicar o modelo factorial [KMO = 0,864; Bartlett (χ^2 = 1030,353; *gl* = 66; *p* = 0,000], procedeu-se à Análise em Componentes Principais, com rotação Varimax, dos doze itens da *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE). Através deste procedimento extraíram-se dois componentes teoricamente interpretáveis e uma variância explicada de 56,71% (ver Quadro LXX). O primeiro componente inclui os itens 1, 2, 6, 8, 10, 11 e 12, relativos ao nível de auto-controlo em situações negativas ou de tensão [ex. item 1 - "Consigo evitar fumar quando estou só e deprimido(a)"], enquanto o segundo componente é composto pelos itens 3, 4, 5, 7 e 9, referindo-se a situações positivas, de descontracção e socialização (ex. item 9 - "Consigo evitar fumar quando estou alegre e a festejar"). Recordando a discussão sobre a estrutura factorial do STAI®-Y2 e a noção de erro de medida devido ao conjunto de respostas - *response set* (Carmines & Zeller, 1979), interpreta-se a solução bifactorial da SASE como resultado do tipo de redacção dos itens, ora pela positiva, ora pela negativa, embora ambos os componentes pareçam pertencer a uma única dimensão de auto-eficácia.

Relativamente à consistência interna, o SASE apresenta um bom alfa de Cronbach (α = 0,879), não existindo indicação para eliminar qualquer item (ver Quadro LXXI). As correlações médias inter-item também se encontram dentro dos limites estabelecidos (*r* = 0,380). Em resumo, a aplicação da SASE ao grupo de fumadores confirma a adequação dos doze itens originais da escala.

Quadro LXX. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*.

Item n.º	Componentes	
	1	2
SASE 1	0,854	0,089
SASE 2	0,769	0,255
SASE 11	0,664	0,139
SASE 6	0,649	0,202
SASE 8	0,644	0,198
SASE 10	0,624	0,289
SASE 12	0,523	0,278
SASE 3	0,099	0,877
SASE 7	0,221	0,806
SASE 4	0,315	0,749
SASE 9	0,190	0,724
SASE 5	0,340	0,633

Quadro LXXI. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*.

Item n.º	Total (*n* = 198)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
SASE 1	0,614	0,867
SASE 2	0,664	0,864
SASE 3	0,571	0,869
SASE 4	0,653	0,864
SASE 5	0,596	0,868
SASE 6	0,535	0,872
SASE 7	0,622	0,866
SASE 8	0,536	0,872
SASE 9	0,539	0,871
SASE 10	0,579	0,869
SASE 11	0,494	0,874
SASE 12	0,500	0,874
Correlação média inter-item	0,380	
α	0,879	

Aplicação do SASE_ex ao grupo de ex-fumadores

Após confirmar a possibilidade de efectuar o estudo da estrutura factorial [KMO = 0,889; Bartlett (χ^2 = 1128,469; *gl* = 66; *p* = 0,000], realizou-se uma análise factorial em componentes principais, com rotação Varimax aos doze itens da *Smoking Abstinence Self-Efficacy*, aplicada a ex-fumadores (SASE_ex). Como os itens 4, 5 e 11 apresentaram saturações ambíguas, foram eliminados. Deste procedimento resultou uma solução factorial com dois componentes, capazes de

explicar 69,02% da variância (ver Quadro LXXII). Dos itens retirados um pertencia ao primeiro componente (item 11) e os outros dois ao segundo componente (itens 4 e 5), mantendo-se a restante composição factorial. Por esta razão, a interpretação dos dois componentes é semelhante àquela que foi proposta para a aplicação do SASE no grupo de fumadores.

Quadro LXXII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*_ex.

Item n.º	Componentes	
	1	2
SASE_ex_10	0,846	0,272
SASE_ex_1	0,824	0,214
SASE_ex_2	0,818	0,341
SASE_ex_6	0,686	0,293
SASE_ex_8	0,681	0,232
SASE_ex_12	0,616	0,277
SASE_ex_3	0,310	0,870
SASE_ex_9	0,236	0,838
SASE_ex_7	0,366	0,797

O valor do alfa de Cronbach para o SASE_ex foi elevado (α = 0,901), revelando muito boa consistência interna e ausência de itens a eliminar (ver Quadro LXXIII). A correlação inter-item, porém, situou-se acima dos limites definidos (*r* = 0,516), denotando alguma tendência para a sobreposição dos itens. Na versão final da SASE_ex, mantêm-se os itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 e 12, retirando-se os itens 4, 5 e 11.

Quadro LXXIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*_ex.

Item n.º	Total (*n* = 132)	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
SASE_ex_1	0,701	0,888
SASE_ex_2	0,793	0,880
SASE_ex_3	0,725	0,887
SASE_ex_6	0,634	0,893
SASE_ex_7	0,720	0,887
SASE_ex_8	0,594	0,899
SASE_ex_9	0,629	0,895
SASE_ex_10	0,761	0,884
SASE_ex_12	0,564	0,898
Correlação média inter-item	0,516	
α	0,901	

Comparação da estrutura da SASE e da SASE_ex

Os itens que compõem a versão da SASE para fumadores e ex-fumadores, diferem na medida em que, na SASE_ex, foram eliminados os itens 4, 5 e 11 (ver Quadro LXXIV).

Quadro LXXIV. Comparação da estrutura da SASE e da SASE_ex.

Itens	SASE	SASE_ex
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	**4**	-
5	**5**	-
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	**11**	-
12	12	12

Legenda: A negrito estão os itens que apenas surgem na SASE.

3.11. *Smoking Processes of Change Scale*

Aplicação do SPCS ao grupo de fumadores

Considerando que é viável o estudo factorial [KMO = 0,779; Bartlett (χ^2 = 1457,400; *gl* = 190; *p* = 0,000] aos vinte itens da *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS), efectuou-se uma Análise em Componentes Principais, com rotação Varimax. Inicialmente retiveram-se seis componentes, mas, devido à ambiguidade dos itens 2, 4, 5, 7, 13, 18 e 20, foi necessário eliminá-los. Este procedimento resultou numa estrutura composta por cinco componentes interpretáveis que explicam 67,80% da variância (ver Quadro LXXV).

Quadro LXXV. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Processes of Change Scale*.

Item n.º	Componentes				
	1	2	3	4	5
SPCS 15e	0,814	0,054	0,061	-0,089	0,112
SPCS 8e	0,778	0,209	0,214	0,113	-0,022
SPCS 11a	0,729	0,217	0,123	0,073	0,162
SPCS 9g	0,549	-0,044	-0,130	0,384	-0,031
SPCS 16i	0,146	0,927	0,070	0,047	0,065
SPCS 10i	0,169	0,913	0,081	0,073	0,069
SPCS 6c	0,122	0,059	0,893	0,049	-0,067
SPCS 12c	0,093	0,086	0,887	0,087	0,112
SPCS 17f	-0,080	-0,054	0,203	0,838	0,013
SPCS 1f	0,278	0,236	-0,036	0,739	-0,043
SPCS 14d	0,115	-0,022	-0,059	-0,065	0,749
SPCS 3d	-0,051	0,024	0,015	-0,093	0,696
SPCS 19g	0,147	0,173	0,118	0,232	0,526

Legenda: a = Consciencialização; b = Alívio por dramatização; c = Reavaliação ambiental; d = Libertação social; e = Reavaliação pessoal; f = Contra-condicionamento; g = Controlo de estímulos; h = Gestão do reforço; i = Relações de ajuda; j = Libertação pessoal.

Para facilitar a interpretação dos componentes e considerando que a versão original da SPCS tem dez sub-escalas, atribuíram-se dez letras (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j) aos vinte dos itens (ver Quadro LXXVI). O primeiro componente junta a sub-escala "Reavaliação pessoal" (itens 8e, 15e), com os itens 9g (Controlo de estímulos) e 11a (Consciencialização). O segundo (itens 10i, 16i), o terceiro (itens 6c, 12c) e o quarto (itens 1f, 17f) componentes incluem os mesmos itens que as sub-escala originais, respectivamente as "Relações de ajuda", "Reavaliação ambiental" e "Contra-condicionamento". O quinto componente também replica a sub-escala "Libertação social" (itens 3d, 14d), embora inclua o item 19g proveniente da sub-escala "Controlo de estímulos". Considera-se, assim, que a estrutura factorial original apenas foi parcialmente reproduzida. Por esta razão, opta-se por utilizar o SPCS como um instrumento para avaliar o nível global de confrontação com diversas situações relacionadas com o hábito tabágico, estabelecendo-se para o efeito uma pontuação total.

Quadro LXXVI. Codificação em letras das sub-escalas originais da *Smoking Processes of Change Scale*.

Sub-escalas	**Itens**		**Letra**
Factor experimental			
Consciencialização	4	11	a
Alívio por dramatização	7	18	b
Reavaliação ambiental	6	12	c
Libertação social	3	14	d
Reavaliação pessoal	8	15	e
Factor comportamental			
Contra-condicionamento	1	17	f
Controlo de estímulos	9	19	g
Gestão do reforço	5	20	h
Relações de ajuda	10	16	i
Libertação pessoal	2	13	j

Pela análise da consistência interna, conclui-se ser necessário eliminar adicionalmente os itens 3 e 14, quer pela fraca correlação com o total, quer pela sua influência negativa sobre o valor do alfa de Cronbach. Assim, o valor do alfa foi de 0,759 (ver Quadro LXXVII) e a correlação média inter-item situou-se nos limites previstos (r = 0,221). Na versão final retiveram-se os itens 1, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17 e 19, tendo-se eliminado os itens 2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 18 e 20.

Quadro LXXVII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Processes of Change Scale*.

Item n.º	**Total (n = 201)**	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
SPCS 1	0,409	0,742
SPCS 6	0,361	0,746
SPCS 8	0,599	0,715
SPCS 9	0,284	0,755
SPCS 10	0,520	0,724
SPCS 11	0,534	0,725
SPCS 12	0,387	0,743
SPCS 15	0,414	0,740
SPCS 16	0,497	0,728
SPCS 17	0,189	0,763
SPCS 19	0,286	0,757
Correlação média inter-item	0,221	
α	0,759	

Aplicação do SPCS_ex ao grupo de ex-fumadores

Tendo-se verificado a possibilidade de fazer um estudo factorial [KMO = 0,840; Bartlett (χ^2 = 1373,320; *gl* = 190; *p* = 0,000], foram extraídos os componentes principais, com rotação Varimax, aos vinte itens da *Smoking Processes of Change Scale*, aplicada a ex-fumadores (SPCS_ex). Daqui resultou a extracção de cinco componentes, mas os itens 5, 8, 11, 18, 19 e 20 foram eliminados devido à sua ambiguidade. A nova estrutura factorial reteve quatro componentes, capazes de explicar 70,12% da variância (ver Quadro LXXVIII).

Quadro LXXVIII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Processes of Change Scale*_ex.

Item n.º	Componentes			
	1	2	3	4
SPCS_ex_17f	0,834	0,270	-0,020	0,016
SPCS_ex_13j	0,818	0,408	-0,092	0,134
SPCS_ex_2j	0,776	0,465	-0,120	0,023
SPCS_ex_1f	0,772	0,369	-0,240	0,090
SPCS_ex_4a	0,727	-0,067	0,391	-0,085
SPCS_ex_10i	0,183	0,855	0,061	0,031
SPCS_ex_16i	0,228	0,839	0,093	0,018
SPCS_ex_15e	0,144	0,658	0,000	-0,038
SPCS_ex_9g	0,260	0,513	0,059	0,010
SPCS_ex_6c	-0,162	0,130	0,826	0,188
SPCS_ex_12c	-0,091	-0,048	0,789	0,072
SPCS_ex_7b	0,162	0,117	0,784	0,124
SPCS_ex_14d	-0,090	0,160	0,144	0,872
SPCS_ex_3d	0,282	-0,261	0,281	0,656

Legenda: a = Consciencialização; b = Alívio por dramatização; c = Reavaliação ambiental; d = Libertação social; e = Reavaliação pessoal; f = Contra-condicionamento; g = Controlo de estímulos; h = Gestão do reforço; i = Relações de ajuda; j = Libertação pessoal.

No primeiro componente incluem-se itens das sub-escalas "Contra-condicionamento" (itens 1f, 17f), "Libertação pessoal" (itens 2j, 13j) e "Consciencialização" (item 4a). O segundo componente refere-se à sub-escala "Relações de ajuda" (itens 10i, 16i), incluindo ainda o item 15e da sub-escala "Reavaliação pessoal" e o item 9g relativo ao "Controlo de estímulos". O terceiro componente junta os itens da sub-escala "Reavaliação ambiental" (itens 6c, 12c) e o item 7b que provém da sub-escala "Alívio por dramatização". O quarto factor reproduz a estrutura original da sub-escala "Libertação social"

(itens 3d, 14d). Uma vez que a estrutura factorial não foi adequadamente replicada e é difícil interpretar os quatro componentes, calculou-se apenas uma pontuação total para a SPCS_ex que diz respeito a um nível global de activação e confronto com estratégias para a desabituação tabágica.

O alfa de Cronbach obtido é considerado bom (α = 0,819), com possibilidade de melhoria da consistência interna pela eliminação dos itens 3, 6, 12, e 14 (ver Quadro LXXIX). O acréscimo de consistência parece-nos, porém, não justificar a sua retirada, o que, aliás, provocaria dificuldades adicionais na compreensão da estrutura factorial da escala. Quanto à correlação média inter-item, o seu valor encontra-se nos limites adequados (*r* = 0,232). Assim, a versão final da SPCS_ex retém os itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 e 17, excluindo os itens 5, 8, 11, 18, 19 e 20.

Quadro LXXIX. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Processes of Change Scale*_ex.

Item n.º	**Total (*n* = 132)**	
	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminando o item
SPCS_ex_1	0,593	0,797
SPCS_ex_2	0,682	0,787
SPCS_ex_3	0,203	0,823
SPCS_ex_4	0,476	0,806
SPCS_ex_6	0,196	0,826
SPCS_ex_7	0,377	0,813
SPCS_ex_9	0,416	0,810
SPCS_ex_10	0,562	0,800
SPCS_ex_12	0,113	0,830
SPCS_ex_13	0,724	0,783
SPCS_ex_14	0,199	0,823
SPCS_ex_15	0,387	0,812
SPCS_ex_16	0,585	0,797
SPCS_ex_17	0,643	0,792
Correlação média inter-item	0,232	
α	0,819	

Comparação da estrutura da SPCS e da SPCS_ex

Apesar de a SPCS conter várias sub-escalas, a análise factorial da versão portuguesa não reproduz esta estrutura. Por esta razão, apenas se comparam as diferenças entre fumadores e ex-fumadores no que se refere aos itens, sem

referência à sub-escala (ver Quadro LXXX). Na SPCS foram eliminados nove itens (2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 18 e 20), enquanto na SPCS_ex eliminaram-se seis itens (5, 8, 11, 18, 19 e 20).

Quadro LXXX. Comparação da estrutura da SPCS e da SPCS_ex.

Itens	SPCS	SPCS_ex
1	1	1
2	-	**2**
3	-	**3**
4	-	**4**
6	6	6
7	-	**7**
8	**8**	-
9	9	9
10	10	10
11	**11**	-
12	12	12
13	-	**13**
14	-	**14**
15	15	15
16	16	16
17	17	17
19	**19**	-

Legenda: A negrito estão os itens que apenas surgem numa das escalas.

3.12. Correlações entre os instrumentos revistos

Perfil emocional

Considerando que as pontuações médias dos instrumentos do perfil emocional não seguem uma distribuição normal, nem apresentam homocedasticidade, optou-se por calcular correlações Spearman. Os valores de *p*, por seu turno, referem-se a hipóteses bicaudais (*2-tailed*). As correlações entre os instrumentos do perfil emocional são todas positivas e estatisticamente significativas (ver Quadro LXXXI).

- ***Bortner Scale* (BS).** A BS, regista correlações significativas, positivas e fracas, com o BDI® [$r_{(754)} = 0{,}2$; $p = 0{,}000$], com a PSS-10 [$r_{(753)} = 0{,}3$; $p = 0{,}000$] e com o STAI®-Y2 [$r_{(752)} = 0{,}3$; $p = 0{,}000$].

- ***Beck Depression Inventory*® (BDI®).** O BDI® apresenta correlações significativas, positivas e moderadas, com a PSS-10 [$r_{(753)} = 0,5$; $p = 0,000$] e com o STAI®-Y2 [$r_{(752)} = 0,5$; $p = 0,000$].
- ***Perceived Stress Scale* (PSS-10).** O PSS-10 tem uma correlação significativa, positiva e forte, com o STAI®-Y2 [$r_{(752)} = 0,7$; $p = 0,000$].
- ***State-Trait Anxiety Inventory*® - Forma Y2 (STAI®-Y2).** Como decorre das descrições anteriores, o STAI®-Y2 apresenta correlações significativas, positivas e fracas, com a BS, moderadas com o BDI® e fortes com a PSS-10.

De forma geral, estes resultados são teoricamente coerentes, o que constitui um critério de validade destes instrumentos. Verifica-se, assim, que as pontuações médias da BS, embora associadas aos restantes instrumentos e construtos, mostram maior independência. O BDI® que, avalia a depressão, aproxima-se mais das pontuações médias do STAI®-Y2 que avalia o traço de ansiedade. O STAI®-Y2 e a PSS-10, por seu turno, duas medidas de tensão e activação emocional, apresentam forte correlação entre si.

Quadro LXXXI. Matriz de correlações (Spearman) entre as pontuações médias dos instrumentos revistos do perfil emocional.

Instrumentos		BS	BDI®	PSS-10	STAI®-Y2
BS	*r*	1,0	0,2	0,3	0,3
	p		0,000	0,000	0,000
	n	754	754	753	752
BDI®	*r*		1,0	0,5	0,5
	p			0,000	0,000
	n		754	753	752
PSS-10	*r*			1,0	0,7
	p				0,000
	n			753	752
STAI-Y2®	*r*				1,0
	p				
	n				752

Perfil tabágico em fumadores

Pelas mesmas razões referidas para os instrumentos que constituem o perfil emocional, procedeu-se igualmente ao cálculo das correlações de Spearman, com os valores de *p* para hipóteses bicaudais, relativamente ao perfil tabágico dos fumadores (ver Quadro LXXXII).

- ***Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ).** O FTQ apresenta correlações significativas, positivas elevadas, com várias sub-escalas do HWS, bem como com a sub-escala de argumentos "Pró" tabagismo ($r_{(202)} = 0,5$; $p = 0,000$). De forma oposta, existe uma correlação significativa, negativa e elevada, com o SASE.

  Estes resultados, confirmam a correlação entre a dependência física da nicotina e a dependência emocional dos cigarros (HWS). Verifica-se, também, que quanto maior a dependência da nicotina, tanto maior a tendência para valorizar os argumentos a favor de fumar (SDBS_Pros). Como seria de esperar, o sentimento de ser capaz de resistir à tentação de fumar (SASE), diminui à medida que aumenta a dependência de nicotina. As correlações obtidas são interpretáveis do ponto de vista teórico e estatístico, corroborando a validade da FTQ.

- ***Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS).** As duas sub-escalas que compõem a SDBS, apresentam inter-correlações significativas, embora fracas [$r_{(202)} = 0,2$; $p = 0,024$]. Em relação à sub-escala de argumentos "Contra", observam-se correlações significativas, fracas ou moderadas, com várias sub-escalas da HWS e uma correlação moderada com a SPCS [$r_{(202)} = 0,4$; $p = 0,000$]. Na sub-escala "Pró", por seu turno, registam-se correlações significativas, fortes ou moderadas, com diferentes sub-escalas da HWS e uma correlação significativa, negativa e forte [$r_{(202)} = -0,5$; $p = 0,000$], com a SASE.

  Conclui-se, assim, que as sub-escalas que compõem a SDBS avaliam aspectos diferentes de uma mesma dimensão teórica que, embora mantendo alguma relação entre si, parecem bastante independentes. Esta característica poderia levantar questões relacionadas com a própria unidade da medida. Pela interpretação dos restantes resultados, somos levados a crer que uma concepção mais favorável em relação ao tabagismo (SDBS_Pros), se associa a um nível maior de dependência emocional dos cigarros (HWS) e, inversamente, a maior intensidade dos argumentos contra o tabagismo (SDBS_Contras) se associa menos à dependência emocional dos cigarros. Também contribuem para confirmar a validade da SDBS as correlações com SASE e a SPCS. No caso da sub-escala de

argumentos "Pró" tabagismo, verifica-se, tal como seria de esperar, uma variação inversa com a capacidade de auto-eficácia (SASE). Embora com menos força, também existe uma correlação negativa entre a sub-escala de argumentos "contra" o tabagismo e a auto-eficácia. É possível que este resultado seja explicado pela ambivalência de muitos fumadores que, simultaneamente, pensam em parar de fumar, embora se sintam incapazes de controlar as suas tentações. Esta hipótese é perfeitamente concordante com vários dados da literatura, bem como com os processos de desabituação tabágica observados em contextos clínicos. Por seu turno, quanto mais intensos os argumentos "contra" o tabagismo, maior a activação dos processos de confronto com a mudança (SPCS), características fundamentais durante o processo de cessação tabágica.

- ***Horn-Waingrow Scale* (HWS).** A grande maioria das inter-correlações observadas na HWS são significativas e positivas, com força moderada ou forte. No caso da sub-escala HWS_HabDep, as correlações com as sub-escalas HWS_Dep [$r_{(202)} = 0,9$; $p = 0,000$] e a HWS_Hab [$r_{(202)} = 0,8$; $p = 0,000$] são excessivamente elevadas, embora não se possa esquecer que a HWS_HabDep foi criada com a finalidade de se poder comparar o grupo de fumadores, com o de ex-fumadores. Deve salientar-se, também, a correlação entre a HWS_Hab e a HWS_Relax [$r_{(202)} = 0,1$; $p = 0,180$], por não apresentar um valor estatisticamente significativo. As sub-escalas da HWS que envolvem dependência emocional [$r_{(202)} = 0,6$; $p = 0,000$], fumar por hábito [$r_{(202)} = 0,5$; $p = 0,000$] ou afectividade negativa [$r_{(202)} = 0,4$; $p = 0,000$], correlacionam-se de forma mais forte com a FTQ. Por seu turno, o tabagismo relacionado com contextos positivos, designadamente estimulação [$r_{(202)} = 0,3$; $p = 0,000$] ou relaxação [$r_{(202)} = 0,2$; $p = 0,001$], têm correlação mais fracas com o FTQ e, no caso do prazer na manipulação [$r_{(202)} = 0,1$; $p = 0,081$], a correlação não é significativa. As correlações entre as sub-escalas das HWS e a sub-escala SDBS_Contras são menos fortes, do que com as da SDBS_Pros. Por seu turno, todas as correlações entre a HWS e a SASE são significativas e negativas, enquanto nenhuma das correlações com a SPCS é significativa.

De uma forma geral, as inter-correlações entre as sub-escalas da HWS são adequadas, confirmando que cada sub-escala mantém por um lado, a sua própria especificidade e, por outro lado, pertence a um mesmo construto. Relativamente à ausência de correlação significativa entre as sub-escalas HWS_Hab e HWS_Relax, é possível pensar que ao fumar automática e indiscriminadamente (HWS_Hab), ocorra, também, a perda do prazer no tabagismo. Deste ponto de vista, estamos próximos da concepção de Parrott (1999, 2000), segundo a qual a nicotino-dependência se associa ao aumento da tensão e da afectividade negativa. Tal como foi descrito por Ikard, Green e Horn (1969), estes resultados mostram que as sub-escalas de tabagismo por afectividade negativa e por afectividade positiva, tendem a associar-se mais fortemente entre si. Semelhante associação pode ser observada entre a dependência emocional (HWS) e a dependência física de nicotina (FTQ). Verifica-se, assim, que os fumadores por afectividade negativa tendem, também, a apresentar maior dependência física de nicotina, do que os fumadores por afectividade positiva. Como seria de esperar, os fumadores que reconhecem mais argumentos positivos para fumar (SDBS_Pros), têm maior dependência emocional dos cigarros e, inversamente, menor sentimento de ser capaz de resistir à tentação de fumar (SASE). Verifica-se, ainda, que a dependência emocional dos cigarros não está associado à activação das estratégias de confronto para a cessação tabágica (SPCS). Isto que dizer que alguém com muita ou pouca dependência dos cigarros pode pensar activamente em parar de fumar ou, pelo contrário, não pensar sobre isso. Globalmente, estes resultados contribuem para confirmar a validade da HWS.

- ***Smoking Abstinence Self-Efficacy*** **(SASE).** A SASE apresenta correlações significativas e negativas com todas as escalas e sub-escalas, exceptuando com a SPCS [$r_{(202)} = 0{,}1$; $p = 0{,}103$]. As correlações negativas mais fortes registam-se com as medidas que envolvem maior dependência física da nicotina [FTQ, $r_{(202)} = -0{,}6$; $p = 0{,}000$] ou tabagismo por afectividade negativa, designadamente com as sub-escalas HWS_RedAfeNeg [$r_{(202)} = -0{,}5$; $p = 0{,}000$], HWS_Hab [$r_{(202)} = -0{,}4$; $p = 0{,}000$] e HWS_Dep [$r_{(202)} = -0{,}5$; $p = 0{,}000$]. Com a sub-escala

SDBS_Pros [$r_{(202)}$ = -0,5; p = 0,000], por seu turno, verificam-se correlações mais fortes, do que com a sub-escala SDBS_Contras [$r_{(202)}$ = -0,2; p = 0,002].

De acordo com estes resultados, é possível afirmar que quanto maior for a capacidade para resistir à tentação de fumar, tanto menor será a dependência física (FTQ) e emocional (HWS) da nicotina e dos cigarros. Também se torna evidente que o pensar favoravelmente em relação ao tabagismo (SDBS_Pros) contribui para uma maior identificação com o estereótipo do fumador e, por inerência, para diminuir a capacidade de resistir à tentação de fumar. Importa observar que a activação das estratégias de confronto para deixar de fumar (SPCS) não se relaciona com a auto-eficácia, talvez porque, durante o período em que o fumador se envolve no controlo ou cessação da sua dependência, possui fraca capacidade para resistir às tentações.

- ***Smoking Processes of Change Scale*** **(SPCS).** A única correlação significativa da SPCS verifica-se com a sub-escala SDBS_Contras [$r_{(202)}$ = 0,4; p = 0,000]. As correlações com as restantes medidas não atingem valores estatisticamente significativos.

  O facto das estratégias de confronto, relacionadas com a cessação tabágica (SPCS), serem independentes das outras medidas de dependência, física ou emocional (FTQ e HWS), sugere que os fumadores que não pretendem parar de fumar, tendem a proteger-se de pensamentos relacionados com mudanças dessa natureza. Por seu turno, a activação de estratégias para deixar de fumar e os argumentos anti-tabágicos, surgem associados entre si. Este dado, pode indicar que o aumento da dissonância cognitiva, ou seja, ser fumador e pensar acerca dos malefícios dos cigarros, contribui para desactivar defesas emocionais e enviesamentos cognitivos que, por sua vez, favorecem a activação de estratégias de confronto para a mudança. Estes resultados são teórica e empiricamente coerentes, contribuindo para confirmar a validade da SPCS.

Quadro LXXXII. Matriz de correlações (Spearman) entre as pontuações médias dos instrumentos revistos do perfil tabágico (fumador).

Fumadores (n = 202)													
Instrumentos		**FTQ**	**SDBS**		**HWS**							**SASE**	**SPCS**
			Contras	**Prós**	**HabDep**	**Hab**	**Dep**	**AfeNeg**	**Relax**	**Estimul**	**Manip**		
FTQ	*r*	1,0	0,2	0,5	0,7	0,5	0,6	0,4	0,2	0,3	0,1	-0,6	-0,1
	p		0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,081	0,000	0,086
SDBS Contras	*r*		1,0	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,0	0,1	-0,2	-0,2	0,4
	p			0,024	0,000	0,001	0,001	0,000	0,539	0,141	0,028	0,002	0,000
SDBS Prós	*r*			1,0	0,6	0,3	0,6	0,6	0,4	0,5	0,3	-0,5	0,0
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,976
HWS HabDep	*r*				1,0	0,8	0,9	0,7	0,3	0,6	0,4	-0,6	0,1
	p					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,117
HWS Hab	*r*					1,0	0,5	0,5	0,1	0,4	0,3	-0,4	0,1
	p						0,000	0,000	0,180	0,000	0,000	0,000	0,286
HWS Dep	*r*						1,0	0,7	0,3	0,5	0,4	-0,5	0,1
	p							0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,095
HWS RedAfeNeg	*r*							1,0	0,4	0,6	0,4	-0,5	0,1
	p								0,000	0,000	0,000	0,000	0,241
HWS Relax	*r*								1,0	0,3	0,2	-0,3	-0,1
	p									0,000	0,026	0,000	0,082
HWS Estimul	*r*									1,0	0,4	-0,3	0,1
	p										0,000	0,000	0,067
HWS Manip	*r*										1,0	-0,2	0,1
	p											0,002	0,341
SASE	*r*											1,0	0,1
	p												0,103
SPCS	*r*												1,0
	p												

Perfil tabágico em ex-fumadores

Novamente, pelas razões apresentadas, procedeu-se, no perfil tabágico dos ex-fumadores, ao cálculo das correlação Spearman, com valores *p* relativos a hipóteses bicaudais (ver Quadro LXXXIII).

- ***Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ_ex).** No FTQ_ex, a correlação significativa e positiva mais forte, observou-se com a HWS_ex_HabDep [$r_{(134)} = 0,6$; $p = 0,000$]. As restantes correlações significativas, embora positivas, são mais fracas, nomeadamente as correlações com a SDBS_ex_Pros [$r_{(134)} = 0,3$; $p = 0,000$] e várias sub-escalas da HWS_ex, particularmente a AfeNeg [$r_{(134)} = 0,3$; $p = 0,000$], a Relax [$r_{(134)} = 0,3$; $p = 0,002$] e a Estimul [$r_{(134)} = 0,3$; $p = 0,001$]. O FTQ_ex regista, ainda, uma correlação significativa fraca com a SASE_ex [$r_{(134)} = 0,2$; $p = 0,028$].

  Confirma-se, pois, uma correlação moderada entre a dependência física da nicotina, avaliada pelo FTQ_ex e a dependência emocional dos cigarros, avaliada pela sub-escala HWS_ex_HabDep. É interessante notar a correlação entre a dependência física de nicotina e o predomínio de argumentos a favor (SDBS_ex_Pros), em comparação com os argumentos contra o tabagismo. De realçar, a correlação positiva entre a dependência física de nicotina e a capacidade para resistir à tentação de fumar (SASE_ex) que constitui um dos resultados menos congruentes desta análise correlacional. Não seria, na realidade, de esperar que, a maior dependência física da nicotina corresponda a maior sentimento de competência pessoal para não fumar. Uma explicação possível, reside no facto de que, tratando-se de ex-fumadores, podem ter referido altos níveis de dependência física de nicotina e, actualmente, sentirem um elevado controlo pessoal sobre a tentação de fumar. Nesta caso, estaria em causa um enviesamento do plano de investigação, ao avaliar, simultaneamente, a dependência física de nicotina na altura em que fumava e a auto-eficácia na actualidade. Assim, estes resultados tendem a corroborar quer a especificidade da FTQ_ex, quer a sua validade de conteúdo.
- ***Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS_ex).** Na SDBS_ex, importa realçar a ausência de correlação significativa entre as sub-escalas

de argumentos "contra" e "pró" tabagismo [$r_{(134)} = 0,2$; $p = 0,073$]. Na sub-escala "contra", apenas se observa uma correlação significativa fraca, com a SPCS_ex [$r_{(134)} = 0,2$; $p = 0,023$]. Por seu turno, a sub-escala "prós" mantém correlações significativas positivas, moderadas ou fortes, com várias sub-escalas da HWS_ex, designadamente a HabDep [$r_{(134)} = 0,5$; $p = 0,000$], a HabDep [$r_{(134)} = 0,7$; $p = 0,000$], a Relax [$r_{(134)} = 0,6$; $p = 0,000$] e a Estimul [$r_{(134)} = 0,5$; $p = 0,000$]. Embora fraca, é interessante notar a correlação negativa e significativa, entre a SDBS_ex_Pros e a SASE_ex [$r_{(134)} = -0,2$; $p = 0,018$].

A baixa correlação entre as sub-escalas "prós" e "contras", da SDBS_ex, revela a sua independência. Este resultado levanta, porém, uma outra questão relacionada com a possibilidade de se tratar de dimensões pouco relacionadas entre si. Das várias correlações da sub-escala "contra", destaca-se a sua correlação com os processos de mudança (SPCS_ex). Este dado parece indicar que quanto mais activas são as estratégias para deixar de fumar, mais intensos são os argumentos contra o tabagismo. Confirma-se, igualmente, que os argumentos "pró" tabagismo, aumentam com a dependência emocional dos cigarros (HWS). Inversamente, pensar favoravelmente acerca do tabagismo tende a ligar-se à fraca capacidade para resistir à tentação de fumar (SASE_ex). O resultado destas correlações parece, pois, confirmar a validade da SDBS_ex.

- ***Horn-Waingrow Scale*** **(HWS_ex).** Todas as sub-escalas da HWS_ex mantêm inter-correlações significativas baixas ou moderadas, com excepção da sub-escala HabDep que se associa, fortemente, com a AfeNeg [$r_{(134)} = 0,7$; $p = 0,000$]. Assinalam-se outras correlações positivas fortes entre a HabDep e a FTQ_ex [$r_{(134)} = 0,6$; $p = 0,000$], bem como entre diversas sub-escalas da HWS_ex e a SDBS_ex_Pros.

  As inter-correlações entre as diferentes sub-escalas da HWS_ex são, de forma geral, adequadas. As correlações entre a HabDep e a AfeNeg, porém, são ligeiramente elevadas, mas, a este propósito, deve recordar-se que a sub-escala HabDep resultou da junção entre as sub-escalas "Fumador habitual" e "Fumador dependente", na sequência da análise factorial efectuada. Recorde-se, também, que Ikard, Green e Horn (1969)

encontraram correlações fortes entre as três primeiras sub-escalas da HWS. Considerando que a HWS_ex avalia aspectos da dependência emocional dos cigarros, é desejável, como aliás se verifica, que mantenha correlações elevadas com outros instrumentos, nomeadamente com a dependência física da nicotina (FTQ_ex) e com os argumentos a favor do tabagismo (SDBS_ex_Pros). Neste sentido, os resultados das inter-correlações com as sub-escalas da HWS e a associação com outros instrumentos, constituem indicadores positivos sobre a validade da HWS_ex.

- ***Smoking Abstinence Self-Efficacy*** **(SASE_ex).** A SASE_ex correlaciona-se, de forma mais significativa, positiva e forte, com a SPCS_ex [$r_{(134)} = -0,6$; $p = 0,000$]. As outras duas correlações significativas, entre a SASE_ex e os restantes instrumentos, são fracas. Uma destas correlações é positiva, com o FTQ_ex [$r_{(134)} = 0,2$; $p = 0,028$] e a outra é negativa, com a SDBS_ex_Pros [$r_{(134)} = -0,2$; $p = 0,018$]. No caso particular da SASE_ex, a ausência de correlações significativas com os restantes instrumentos constitui um resultado positivo.

  A correlação entre a SASE_ex e a SPCS_ex, sugere que, enquanto o ex-fumador mantém um nível elevado de activação cognitiva para lidar com a abstinência, a sua capacidade de resistir às tentações de fumar, está, ainda, debilitada. Parece também que a reduzida auto-eficácia para não fumar tende a correlacionar-se à elevação dos argumentos a favor de fumar (SDBS_ex_Pros). Um resultado dos resultados menos esperados, como já se referiu, foi a correlação positiva entre o SASE_ex e o FTQ_ex, embora seja bastante provável ter ocorrido, neste caso, um enviesamento relacionado com o plano da investigação. Existe, por seu turno, independência da auto-eficácia, relativamente à escala que avalia a dependência emocional dos cigarros (HWS_ex). Genericamente, confirma-se que a SASE_ex tende a apresentar correlações adequadas com as demais medidas em estudo.

Quadro LXXXIII. Matriz de correlações (Spearman) entre as pontuações médias dos instrumentos revistos do perfil tabágico (ex-fumador).

Ex-fumadores (*n* = 134)											
Instrumentos		**FTQ_ex**	**SDBS_ex**		**HWS_ex**					**SASE_ex**	**SPCS_ex**
			Contras	**Prós**	**HabDep**	**AfeNeg**	**Relax**	**Estimul**	**Manip**		
FTQ_ex	*r*	1,0	-0,1	0,3	0,6	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	-0,1
	p		0,468	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,094	0,028	0,149
SDBS_ex Contras	*r*		1,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
	p			0,073	0,185	0,145	0,240	0,279	0,964	0,729	0,023
SDBS_ex Prós	*r*			1,0	0,5	0,7	0,6	0,5	0,2	-0,2	0,2
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,028	0,018	0,010
HWS_ex HabDep	*r*				1,0	0,7	0,4	0,4	0,3	-0,1	0,1
	p					0,000	0,000	0,000	0,000	0,467	0,097
HWS_ex AfeNeg	*r*					1,0	0,4	0,2	0,3	-0,2	0,2
	p						0,000	0,004	0,002	0,058	0,044
HWS_ex Relax	*r*						1,0	0,5	0,2	-0,1	0,0
	p							0,000	0,005	0,528	0,629
HWS_ex Estimul	*r*							1,0	0,2	-0,1	0,1
	p								0,030	0,428	0,135
HWS_ex Manip	*r*								1,0	-0,0	0,0
	p									0,918	0,802
SASE_ex	*r*									1,0	-0,6
	p										0,000
SPCS_ex	*r*										1,0
	p										

- ***Smoking Processes of Change Scale* (SPCS_ex).** Com excepção da correlação entre a SPCS_ex e a SASE_ex, já mencionada, as restantes correlações significativas são positivas e fracas. Estas correlações estabelecem-se com a SDBS_ex_Contras [$r_{(134)} = 0,2$; $p = 0,023$], com a SDBS_ex_Pros [$r_{(134)} = 0,2$; $p = 0,010$] e com a HWS_ex_AfeNeg [$r_{(134)} = 0,2$; $p = 0,044$].

  Além da correlação entre a SPCS_ex e a SASE_ex, anteriormente discutida, parece que o recurso a estratégias de confronto relacionadas com o tabagismo é acompanhado do aumento de argumentos contra e a favor de fumar (SPCS_ex). Este dado pode revelar, também, uma certa exacerbação da ambivalência emocional e/ou cognitiva, patente nos ex-fumadores, relativamente ao tabagismo. Por seu turno, a relação entre o aumento das estratégias de confronto (SPCS_ex) e a necessidade de fumar para reduzir a afectividade negativa (HWS_ex_AfeNeg) pode sugerir que pensar na cessação tabágica desencadeia ansiedade e, por essa razão, o desejo de fumar. Este fenómeno é, aliás, frequentemente relatado por fumadores em processo de desabituação, ao referirem ansiedade e desejo de fumar, cada vez que pensam ou falam acerca da cessação tabágica. As correlações obtidas entre a SPCS_ex e os restantes instrumentos, contribuem para confirmar a validade desta medida.

3.13. Resumo dos itens que compõem os instrumentos revistos

Para facilitar a análise sistemática dos itens que compõem os vários instrumentos, após estudo das propriedades métricas e tendo em atenção os dois tipos de aplicações (fumadores e ex-fumadores), apresentamos um quadro de resumo (ver Quadro LXXXIV).

Quadro LXXXIV. Resumo dos itens que compõem os diversos instrumentos, após estudo das qualidades métricas.

Escalas	Itens	
	Retidos	**Eliminados**
EMDF	1, 2, 5, 6, 8	3, 4, 7
CAGE	1, 2, 4	3
BS	4, 5, 7, 11	1-3, 6, 8-10, 12-14
BDI®	3, 7, 9, 10, 13-15, 17, 21	1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 16, 18-20
PSS-10	1-10	
STAI-Y2®	1, 3, 6, 7, 9-11, 16-20	2, 4, 5, 8, 12-15
FTQ	1-4, 6	5, 7, 8
FTQ_ex	1-4, 6	5, 7, 8
SDBS		
Prós	1-3, 7, 9	4, 15-17, 20
Contras	5, 11, 12, 13, 18	6, 8, 10, 14, 19
SDBS_ex		
Prós	1-3, 7, 17	4, 7, 9, 15, 16, 20
Contras	5, 8, 11, 13, 14, 18, 19	6, 10, 12
HWS		
Habitual	2, 8, 15	20
Depend.	5, 10, 13, 18, 22	
AfeNeg.	3, 7, 11, 14, 17, 19	
Relax	16, 21	
Estimul	1, 9, 23	
Manip	4, 6, 12	
HWS_ex		
Habitual Depend.	2, 5, 8, 10, 13, 18, 22	15, 20
Afe. neg.	7, 11, 14, 17, 19	3
Relax.	16, 21	
Estimul.	1, 9	23
Manip.	4, 6, 12	
SASE	1-12	
SASE_ex	1-3, 6-10, 12	4, 5, 11
SPCS	1, 6, 8-12, 15-17, 19	2-5, 7, 13, 14, 18, 20
SPCS_ex	1-4, 6, 7, 9, 10, 12-17	5, 8, 11, 18-20

4. Estudo 2 - Tabagismo na população geral

4.1. Resultados

O estudo do tabagismo na população geral fez-se com base na Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico e nos questionários de preenchimento pessoal, devidamente adaptados de acordo com o estudo das qualidades métricas (ver Estudo 1). A análise de resultados seguiu o mesmo esquema de apresentação que foi adoptado ao longo deste trabalho, analisando-se, em primeiro lugar, os dados relacionados com a Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico. Para o efeito, estas questões foram organizadas em onze categorias: (1) caracterização sócio-demográfica, (2) experiências iniciais com cigarros, (3) carga tabágica, (4) perfil de inalação, (5) percepção de risco, (6) tentativas para deixar de fumar, (7) história de tabagismo na família, (8) relato de doenças, (9) consumo de bebidas estimulantes, (10), características particulares dos não fumadores e (11) características particulares dos fumadores. Em seguida, fez-se a análise dos resultados relativos ao perfil emocional e ao perfil tabágico. Em último lugar, os resultados do perfil tabágico foram analisados em função das previsões do modelo transteórico, particularmente no que concerne à distribuição dos ex-fumadores e dos fumadores pelos estádios de mudança, pelo balanço decisório, pela auto-eficácia e pelos processos de mudança.

Nas várias análises realizadas, os dados foram estratificado por hábito tabágico (não fumador, ex-fumador e fumador) e sexo, com excepção do estudo sobre o modelo transteórico, onde apenas se estratificou por hábito tabágico, tendo em consideração que alguns estádios de mudança reuniam poucos participantes. Na estratificação por hábito tabágico distinguiram-se os ex-fumadores (acção e manutenção) dos fumadores (pré-contemplação, contemplação e preparação). Por não se verificarem os requisitos de normalidade e homocedasticidade das distribuições, utilizaram-se técnicas não-paramétricas (ver o sub-Capítulo relativo à Análise estatística).

4.1.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico

Caracterização sócio-demográfica

Considerando a amostra na sua totalidade (*n* = 762), verifica-se que a maioria pertence ao grupo de não fumadores (55,1%), apresentando os homens (28,9%) maior prevalência de tabagismo, do que as mulheres (25,2%; ver Quadro LXXXV).

Quadro LXXXV. Cruzamento entre o sexo e o hábito tabágico - Percentagem e número de participantes.

Sexo	**Não fumador**	**Ex-fumador**	**Fumador**	**Total**
	% *n*	% *n*	% *n*	% *n*
Homem	50,5 154	20,7 63	28,9 88	100 305
Mulher	58,2 266	16,6 76	25,2 115	100 457
Total	55,1 420	18,2 139	26,6 203	100 762
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 4{,}534$; $gl = 2$; $p = 0{,}104$				

A estratificação por idade, no grupo dos homens (ver Quadro LXXXVI), permite observar que a faixa etária dos 26-35 anos é a que apresenta maior percentagem de pessoas que nunca fumaram (61,8%), enquanto a faixa dos 46-55 anos de idade é aquela em que ocorre maior prevalência de tabagismo (34,9%). Considerando que existe uma associação estatisticamente significativa entre o hábito tabágico e a idade (X^2 = 29,300; gl = 10; p = 0,001), fez-se a análise dos resíduos ajustados, a fim de identificar quais as células que contribuíram para o valor do Qui-Quadrado[63]. Destaca-se, assim, o reduzido número de ex-fumadores nas faixas etárias dos 17-25 anos e dos 26-35 anos, bem como uma percentagem baixa de não fumadores, com idades compreendidas entre os 46-55. Inversamente, existem mais não fumadores do que seriam de esperar na faixa dos 26-35 anos, bem como um número superior ao esperado de ex-fumadores nas idades entre os 46-55 anos, mantendo-se esta diferença de proporção na faixa dos 56-65 anos, embora, neste caso, com um número muito limitado de participantes (*n* = 15).

[63] Considera-se terem uma contribuição significativa, as células que apresentam resíduos ajustados, em módulo, superiores a 1,96. Estes testes, porém, são usados com fins meramente descritivos.

Quadro LXXXVI. Cruzamento entre a faixa etária e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Faixa etária		Hábito tabágico			Total
		Não fumador	Ex-fumador	Fumador	%
					n
17-25 anos	%	57,4	11,7	30,9	100
Resíduo ajustado		1,6	-2,6	0,5	94
26-35 anos	%	61,8	10,5	27,6	100
Resíduo ajustado		2,3	-2,5	-0,3	76
36-45 anos	%	43,4	30,2	26,4	100
Resíduo ajustado		-1,1	1,9	-0,4	53
46-55 anos	%	34,9	30,2	34,9	100
Resíduo ajustado		-2,8	2,1	1,2	63
56-65 anos	%	40,0	46,7	13,3	100
Resíduo ajustado		-0,8	2,6	-1,4	15
66-75 anos	%	50,0	50,0	0,0	100
Resíduo ajustado		0,0	1,5	-1,3	4
Total	%	50,5	20,7	28,9	100
	n	154	63	88	305

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 29{,}300$; $gl = 10$; $p = 0{,}001$

No que se refere à distribuição do hábito tabágico, por faixa etária, no grupo das mulheres (ver Quadro LXXXVII), podemos observar o predomínio de não fumadoras nas idades entre os 17-25 (63,1%) e os 56-65 anos (64%), enquanto a maior percentagem de ex-fumadores se encontram na faixa dos 46-55 anos. Dos 17-25 anos de idade (26,1%), para os 26-35 anos (27,1%) e depois para os 36-45 anos (28,8%), regista-se, em cada faixa etária, um aumento constante da percentagem de fumadores. A associação significativa entre o hábito tabágico e a idade ($X^2 = 16{,}874$; $gl = 8$; $p = 0{,}031$), é essencialmente devida ao reduzido número de ex-fumadores na faixa dos 17-25 anos e, de forma oposta, ao elevado número de ex-fumadores com idades entre os 46-55 anos.

Quadro LXXXVII. Cruzamento entre a faixa etária e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Faixa etária		Hábito tabágico			Total
		Não fumador	Ex-fumador	Fumador	%
					n
17-25 anos	%	63,1	10,8	26,1	100
	Resíduo ajustado	1,9	-3,0	0,4	203
26-35 anos	%	51,4	21,5	27,1	100
	Resíduo ajustado	-1,6	1,5	0,5	107
36-45 anos	%	56,1	15,2	28,8	100
	Resíduo ajustado	-0,4	-0,3	0,7	66
46-55 anos	%	53,6	30,4	16,1	100
	Resíduo ajustado	-0,8	2,9	-1,7	56
56-65 anos	%	64,0	16,0	20,0	100
	Resíduo ajustado	0,6	-0,1	-0,6	25
Total	%	58,2	16,6	25,2	100
	n	266	76	115	457

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 16{,}874$; $gl = 8$; $p = 0{,}031$

Pela comparação do hábito tabágico, nas diferentes faixas etárias, entre homens e mulheres (ver Quadro LXXXVIII), pode concluir-se que apenas na faixa etária dos 46-55 anos se observa uma associação significativa entre as variáveis ($X^2 = 6{,}404$; $gl = 2$; $p = 0{,}041$). Existe, neste caso, menor percentagem de homens não fumadores (27,3%) do que nas mulheres (72,7%), ocorrendo o contrário no grupo de fumadores, com maior número de homens a fumar (71%), em comparação às mulheres (29%).

Quadro LXXXVIII. Cruzamento entre a faixa etária, o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Idade	Sexo	Hábito tabágico			Total	Qui-Quadrado
		Não fumador	Ex-fumador	Fumador	% *n*	X^2 *gl* *p*
17 - 25	Homem %	29,7	33,3	35,4	31,6 94	0,896 2 0,639
	Mulher %	70,3	66,7	64,6	68,4 203	
	Total % *n*	100 182	100 33	100 82	100 297	
26 - 35	Homem %	46,1	25,8	42,0	41,5 76	4,030 2 0,133
	Mulher %	53,9	74,2	58,0	58,5 107	
	Total % *n*	100 102	100 31	100 50	100 183	
36 - 45	Homem %	38,3	61,5	42,4	44,5 53	4,037 2 0,133
	Mulher %	61,7	38,5	57,6	55,5 66	
	Total % *n*	100 60	100 26	100 33	100 119	
46 - 55	Homem % Resíduo ajustado	42,3 -2,0	52,8 0,0	71,0 2,3	52,9 63	6,404 2 0,041
	Mulher % Resíduo ajustado	57,7 2,0	47,2 0,0	29,0 -2,3	47,1 56	
	Total % *n*	100 52	100 36	100 31	100 119	
56 - 65	Homem %	27,3	63,6	28,6	37,5 15	4,426 2 0,109
	Mulher %	72,7	36,4	71,4	62,5 25	
	Total % *n*	100 22	100 11	100 7	100 40	
66 - 75	Homem %	100	100	-	100 4	-
	Total % *n*	100 2	100 2	- -	100 4	

Considerando o estado civil (ver Quadro LXXXIX), no grupo de homens e excluindo os divorciados, devido à reduzida dimensão de participantes (n = 9), observamos que os homens solteiros apresentam maior percentagem de fumadores (30,4%), em comparação com os casados (27%). Nos casados, por seu turno, aumenta a proporção de ex-fumadores (26,4%), embora diminua o número de não fumadores.

Quadro LXXXIX. Cruzamento entre o estado civil e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem e número de participantes.

Estado civil	Não fumador	Ex-fumador	Fumador	Total
	%	%	%	%
	n	*n*	*n*	*n*
Solteiro	55,4	14,2	30,4	100
	82	21	45	148
Casado	46,6	26,4	27,0	100
	69	39	40	148
Divorciado	33,3	33,3	33,3	100
	3	3	3	9
Total	50,5	20,7	28,9	100
	154	63	88	305

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 8{,}050$; $gl = 4$; $p = 0{,}090$

No que se refere às mulheres, existem igualmente dois estados civis, as divorciadas ($n = 22$) e as viúvas ($n = 6$), que, pela reduzida dimensão de participantes, merecem especial reserva na sua análise (ver Quadro XC). As mulheres solteiras são maioritariamente não fumadoras (61%), embora essa percentagem reduza no grupo das casadas (54,3%). Em contrapartida, nas mulheres casadas, aumenta o número de ex-fumadoras (21,2%) e desce ligeiramente a proporção de fumadoras (24,5%), em comparação com as mulheres solteiras (13,8% e 25,3%, respectivamente).

Quadro XC. Cruzamento entre o estado civil e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem e número de participantes.

Estado civil	Não fumador	Ex-fumador	Fumador	Total
	%	%	%	%
	n	*n*	*n*	*n*
Solteira	61,0	13,8	25,3	100
	164	37	68	269
Casada	54,3	21,2	24,5	100
	86	33	41	160
Divorciada	45,5	27,3	27,3	100
	10	6	6	22
Viúva	100	0,0	0,0	100
	6	0	0	6
Total	58,2	16,6	25,2	100
	266	76	115	457

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 10{,}246$; $gl = 6$; $p = 0{,}115$

A maioria dos homens com o grau 1 de escolaridade (ver Quadro XCI), não fuma (55,7%), passando-se o inverso com os participantes pertencentes ao grau 3, os quais são maioritariamente fumadores (50%). Note-se, porém, que neste grupo o número de participantes é bastante reduzido ($n = 24$). É interessante realçar que os

graus 1 e 4, são aqueles que apresentam maior percentagem de não fumadores e menor quantidade de fumadores.

Quadro XCI. Cruzamento entre a escolaridade e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.

Escolaridade †	**Hábito tabágico**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Grau 1 (> 12 anos) %	55,7	19,8	24,5	100 192
Grau 2 (10-12 anos) %	43,5	22,6	33,9	100 62
Grau 3 (8-9 anos) %	29,2	20,8	50,0	100 24
Grau 4 (4-6 anos) %	48,1	22,2	29,6	100 27
Total %	50,5	20,7	28,9	100
n	154	63	88	305

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 9{,}579$; $gl = 6$; $p = 0{,}144$

† Classificação baseada no Graffar (1956) modificado.

No grupo das mulheres (ver Quadro XCII), existe uma associação significativa entre o hábito de fumar e a escolaridade ($\chi^2 = 20{,}434$; $gl = 6$; $p = 0{,}002$), embora devida, essencialmente, aos graus 3 ($n = 33$) e 4 ($n = 24$) que apresentam um número mais reduzido de participantes. Parece-nos, aliás, que o grau 4 revela resultados extremos e, eventualmente, enviesados. Novamente, são os graus 1 e 4 aqueles que têm maior percentagem de não fumadoras (59,3% e 91,7%, respectivamente) e menor proporção de fumadoras (24,8% e 4,2%, respectivamente).

Quadro XCII. Cruzamento entre a escolaridade e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Escolaridade †	**Hábito tabágico**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Grau 1 (> 12 anos) %	59,3	16,0	24,8	100
Resíduo ajustado	0,8	-0,7	-0,3	351
Grau 2 (10-12 anos) %	49,0	18,4	32,7	100
Resíduo ajustado	-1,4	0,3	1,3	49
Grau 3 (8-9 anos) %	36,4	30,3	33,3	100
Resíduo ajustado	-2,6	2,2	1,1	33
Grau 4 (4-6 anos) %	91,7	4,2	4,2	100
Resíduo ajustado	3,4	-1,7	-2,4	24
Total %	58,2	16,6	25,2	100
n	266	76	115	457

Teste do Qui-Quadrado

$\chi^2 = 20{,}434$; $gl = 6$; $p = 0{,}002$

† Classificação baseada no Graffar (1956) modificado.

Quanto à distribuição do hábito tabágico pelo nível profissional, no grupo de homens (ver Quadro XCIII), observa-se uma associação significativa entre as variáveis (X^2 = 27,454; *gl* = 10; *p* = 0,002). A percentagem de não fumadores desce sistematicamente dos profissionais classificados no grau 1, para os profissionais do grau 4. No grau 5, regista-se um aumento dos não fumadores, embora esta categoria seja residual, dado que só inclui três registos. Os estudantes, apesar de constituírem um grupo diferente, aproximam-se mais dos profissionais do grau 1, quanto à percentagem de não fumadores (55,4% *vs.* 61,5%), mas divergem deles na maior percentagem de fumadores (32,3% *vs.* 12,1%). No grau 1, é mais elevada do que seria de esperar a percentagem de não fumadores (61,5%) e, pelo contrário, existe menor proporção de fumadores (12,1%) do que seria de esperar. Nos profissionais do grau 3, ocorre o contrário, ou seja, regista-se uma percentagem mais baixa de não fumadores (40%) e um número elevado de fumadores (40%).

Quadro XCIII. Cruzamento entre a profissão e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Profissão †	**Hábito tabágico**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Grau 1 (ex. Director) %	61,5	26,4	12,1	100
Resíduo ajustado	2,5	1,6	-4,2	91
Grau 2 (ex. Sub-director) %	44,0	28,0	28,0	100
Resíduo ajustado	-0,7	0,9	-0,1	25
Grau 3 (ex. Capataz) %	40,0	20,0	40,0	100
Resíduo ajustado	-2,3	-0,2	2,7	85
Grau 4 (ex. Polícia) %	38,2	20,6	41,2	100
Resíduo ajustado	-1,5	0,0	1,7	34
Grau 5 (ex. Jornaleiro) %	100	0,0	0,0	100
Resíduo ajustado	1,7	-0,9	-1,1	3
Estudantes %	55,4	12,3	32,3	100
Resíduo ajustado	0,9	-1,9	0,7	65
Total %	50,5	20,8	28,7	100
n	153	63	87	303
Teste do Qui-Quadrado X^2 = 27,454; *gl* = 10; *p* = 0,002				

† Classificação baseada no Graffar (1956) modificado.

Em termos da distribuição do hábito tabágico, segundo as classes sócio-profissionais, no grupo de mulheres (ver Quadro XCIV), regista-se uma associação estatisticamente significativa (X^2 = 32,093; *gl* = 10; *p* = 0,000). É necessário notar,

porém, que os graus 2 (n = 17), 4 (n = 31) e 5 (n = 20) são constituídos por um número reduzido de participantes, razão pela qual centramos esta análise nos grupos 1, 3 e estudantes. Tal como foi observado nos homens, existe uma elevada percentagem de não fumadoras nas profissões de grau 1 (62,7%) e, pela interpretação dos resíduos ajustados, menos fumadoras do que seria de esperar (14,4%). Nas profissionais do grau 3 é de salientar a elevada percentagem de fumadoras (30%) e, no grupo de estudantes, a quantidade mais baixa do que seria esperado de ex-fumadoras (11,8%).

Quadro XCIV. Cruzamento entre a profissão e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Profissão †	**Hábito tabágico**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Grau 1 (ex. Directora) %	62,7	22,9	14,4	100
Resíduo ajustado	1,2	2,1	-3,1	118
Grau 2 (ex. Sub-directora) %	23,5	17,6	58,8	100
Resíduo ajustado	-3,0	0,1	3,3	17
Grau 3 (ex. Capataz) %	50,9	19,1	30,0	100
Resíduo ajustado	-1,8	0,8	1,3	110
Grau 4 (ex. Polícia) %	51,6	19,4	29,0	100
Resíduo ajustado	-0,8	0,4	0,5	31
Grau 5 (ex. Jornaleira) %	85,0	0,0	15,0	100
Resíduo ajustado	2,5	-2,0	-1,1	20
Estudantes %	61,5	11,8	26,7	100
Resíduo ajustado	1,1	-2,0	0,6	161
Total %	58,2	16,6	25,2	100
n	266	76	115	457
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 32{,}093$; $gl = 10$; $p = 0{,}000$				

† Classificação baseada no Graffar (1956) modificado.

Experiências iniciais com cigarros

As experiências iniciais com cigarros (ver Quadro XCV), no grupo de homens, ocorrem por volta dos 15 anos de idade (DP = 3,6), embora os não fumadores experimentem fumar ligeiramente mais tarde (DP = 15,9; DP = 4,1), do que os ex-fumadores (DP = 14,4; DP = 3,4) e os fumadores (DP = 14,4; DP = 3,1). A idade média das mulheres experimentarem o primeiro cigarro é, igualmente, aos 15 anos de idade (DP = 3). Neste grupo, contudo, existem diferenças significativas (χ^2 = 5,992; gl = 2; p = 0,050) entre os vários tipos de hábito tabágico, com as fumadoras a

experimentarem fumar mais precocemente (M = 14,7; DP = 3,3) do que as ex-fumadoras (M = 15,1; DP = 2,9) e as não fumadoras (M = 15,3; DP = 2,8).

Quadro XCV. Comparação da "idade em que experimentou o primeiro cigarro", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Com que idade experimentou o 1º cigarro?					
Homem			**Mulher**		
Não fumador	*M*	15,9	Não fumador	*M*	15,3
	DP	4,1		*DP*	2,8
	n	72		*n*	94
Ex-fumador	*M*	14,4	Ex-fumador	*M*	15,1
	DP	3,4		*DP*	2,9
	n	61		*n*	75
Fumador	*M*	14,4	Fumador	*M*	14,7
	DP	3,1		*DP*	3,3
	n	88		*n*	115
Total	*M*	14,9	**Total**	*M*	15,0
	DP	3,6		*DP*	3,0
	n	221		*n*	284
Teste de *Kruskal-Wallis*			**Teste de *Kruskal-Wallis***		
χ^2 = 5,338; gl = 2; p = 0,069			χ^2 = 5,992; gl = 2; p = 0,050		

No caso das mulheres, comparando as médias duas a duas, relativamente à idade em que as mulheres experimentaram o primeiro cigarro (ver Quadro XCVI), conclui-se que as não fumadoras fumam o primeiro cigarro significativamente mais tarde do que as suas pares fumadoras (U = 4390,000; p = 0,019).

Quadro XCVI. Comparação da "idade em que experimentou o primeiro cigarro", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Não fumador Ex-fumador	3381,000	0,646
Não fumador Fumador	4390,000	0,019
Ex-fumador Fumador	3710,500	0,102

A idade para começar a fumar corresponde aos 18 anos, em homens e mulheres, ex-fumadores e fumadores (ver Quadro XCVII), não se observando, naturalmente, diferenças significativas entre os sexos.

Quadro XCVII. Comparação da "idade em que começou a fumar regularmente", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Com que idade começou a fumar?					
Homem			**Mulher**		
Ex-fumador	*M*	17,9	Ex-fumador	*M*	18,1
	DP	3,6		*DP*	3,9
	n	61		*n*	75
Fumador	*M*	18,1	Fumador	*M*	18,1
	DP	2,9		*DP*	3,8
	n	87		*n*	114
Total	*M*	18,0	**Total**	*M*	18,1
	DP	3,2		*DP*	3,9
	n	148		*n*	189
Teste de *Mann-Whitney*			**Teste de *Mann-Whitney***		
$U = 2526{,}500$; $p = 0{,}618$			$U = 4192{,}000$; $p = 0{,}820$		

Ao questionar os homens, ex-fumadores e fumadores, acerca das razões que os levaram a começar a fumar (ver Quadro XCVIII), verifica-se que a brincadeira / curiosidade de experimentar os cigarros foi claramente a mais referida (66,9%). Em seguida, surgem outras razões como a atracção pelo ritual de acender o cigarro (39,7%) ou a pressão dos amigos (36,4%). Verifica-se, também, uma associação significativa do hábito tabágico, com a "pressão exercida pelos amigos" ($X^2 = 7{,}628$; $gl = 1$; $p = 0{,}006$) e com a necessidade de "parecer mais velho" ($X^2 = 7{,}704$; $gl = 1$; $p = 0{,}006$). Estas razões apresentam, nos ex-fumadores, frequências superiores às esperadas e, nos fumadores, frequências inferiores às esperadas. É interessante notar a pouca importância atribuída aos anúncios (2,6%), como razão imediata para começar a fumar.

Quadro XCVIII. Cruzamento entre "a razão para começar a fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Razões		**Por que razão começou a fumar?**		**Total** % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Brincadeira / curiosidade	Sim	25,2	41,7	66,9 101
	Não	16,6	16,6	33,1 50
Atracção pelo ritual de acender e fumar o cigarro	Sim	15,2	24,5	39,7 60
	Não	26,5	33,8	60,3 91

Razões (continuação)		Por que razão começou a fumar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Por pressão dos amigos *	Sim	20,5	15,9	36,4
	RA	2,8	-2,8	55
	Não	21,2	42,4	63,6
	RA	-2,8	2,8	96
Para parecer mais velho †	Sim	17,2	11,9	29,1
	RA	2,8	-2,8	44
	Não	24,5	46,4	70,9
	RA	-2,8	2,8	107
Gosto por experimentar coisas diferentes	Sim	11,3	15,9	27,2 41
	Não	30,5	42,4	72,8 110
Para aliviar a tensão quando estava em grupo	Sim	7,9	14,6	22,5 34
	Não	33,8	43,7	77,5 117
Para ser melhor aceite pelos outros	Sim	10,6	8,6	19,2 29
	Não	31,1	49,7	80,8 122
Como forma de distracção	Sim	5,3	11,9	17,2 26
	Não	36,4	46,4	82,8 125
Por ser um sinal de estatuto e poder	Sim	9,3	7,3	16,6 25
	Não	32,5	51,0	83,4 126
Por estar na tropa ou guerra	Sim	4,6	6,6	11,3 17
	Não	37,1	51,7	88,7 134
Porque os familiares também fumavam	Sim	4,6	4,6	9,3 14
	Não	37,1	53,6	90,7 137
Devido a algum acontecimento negativo	Sim	2,0	2,6	4,6 7
	Não	39,7	55,6	95,4 144
Via anúncios e apetecia experimentar	Sim	0,7	2,0	2,6 4
	Não	41,1	56,3	97,4 147

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 7{,}628$; $gl = 1$; $p = 0{,}006$; † $X^2 = 7{,}704$; $gl = 1$; $p = 0{,}006$.

Em relação às mulheres (ver Quadro XCIX), a ordem de razões para começar a fumar é semelhante à dos homens, com a brincadeira / curiosidade pelos cigarros a surgirem como as principais justificações para começar a fumar (73,8%). Seguidamente, surge a atracção pelo ritual de acender o cigarro (35,6%) e o papel exercido pela pressão dos amigos (29,3%). Observou-se uma associação significativa entre o hábito tabágico, a "pressão dos amigos" (X^2 = 6,281; *gl* = 1; *p* = 0,012) e o argumento de que fumar pode representar um "sinal de estatuto e poder" (X^2 = 9,722; *gl* = 1; *p* = 0,002). Em relação à "pressão dos amigos", existem mais ex-fumadoras a referir esta razão do que o esperado, enquanto, no que se refere ao "sinal de estatuto e poder", contam-se mais fumadoras do que seria de esperar. A influência dos anúncios é, igualmente, uma razão pouco valorizada na iniciação do hábito tabágico (2,6%).

Quadro XCIX. Cruzamento entre "a razão para começar a fumar" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Razões		**Por que razão começou a fumar?**		**Total** % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Brincadeira / curiosidade	Sim	28,8	45,0	73,8 141
	Não	11,0	15,2	26,2 50
Atracção pelo ritual de acender e fumar o cigarro	Sim	14,7	20,9	35,6 68
	Não	25,1	39,3	64,4 123
Por pressão dos amigos *	Sim RA	15,7 2,5	13,6 -2,5	29,3 56
	Não RA	24,1 -2,5	46,6 2,5	70,7 135
Gosto por experimentar coisas diferentes	Sim	8,4	11,5	19,9 38
	Não	31,4	48,7	80,1 153
Para aliviar a tensão quando estava em grupo	Sim	9,4	9,9	19,4 37
	Não	30,4	50,3	80,6 154
Para parecer mais velho	Sim	4,7	13,1	17,8 34
	Não	35,1	47,1	82,2 157

Razões (continuação)		Por que razão começou a fumar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Como forma de distracção	Sim	5,2	6,3	11,5 22
	Não	34,6	53,9	88,5 169
Para ser melhor aceite pelos outros	Sim	3,7	6,8	10,5 20
	Não	36,1	53,4	89,5 171
Por ser um sinal de estatuto e poder †	Sim RA	0,5 -3,1	8,9 3,1	9,4 18
	Não RA	39,3 3,1	51,3 -3,1	90,6 173
Porque os familiares também fumavam	Sim	2,1	6,3	8,4 16
	Não	37,7	53,9	91,6 175
Devido a algum acontecimento negativo	Sim	2,6	3,1	5,8 11
	Não	37,2	57,1	94,2 180
Por ser proibido	Sim	2,1	1,6	3,7 7
	Não	37,7	58,6	96,3 184
Via anúncios e apetecia experimentar	Sim	0,5	2,1	2,6 5
	Não	39,3	58,1	97,4 186

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 6{,}281$; $gl = 1$; $p = 0{,}012$; † $X^2 = 9{,}722$; $gl = 1$; $p = 0{,}002$.

Carga tabágica

Em média (ver Quadro C), os homens ex-fumadores consumiam significativamente ($U = 2077{,}500$; $p = 0{,}011$) mais cigarros por dia ($M = 20{,}9$; $DP = 14{,}3$), do que os seus pares fumadores ($M = 14{,}6$; $DP = 9{,}6$). Em relação às mulheres, mantém-se a diferença entre ex-fumadoras ($M = 13{,}2$; $DP = 10{,}4$) e fumadoras ($M = 11{,}6$; $DP = 9{,}1$), apesar de ser menos acentuada e de não apresentar valor estatisticamente significativo ($U = 3962{,}000$; $p = 0{,}272$).

Quadro C. Comparação do "número de cigarros fumados por dia", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Quantos cigarros fuma(va) por dia?					
Homem			**Mulher**		
Ex-fumador	*M*	20,9	Ex-fumador	*M*	13,2
	DP	14,3		*DP*	10,4
	n	63		*n*	76
Fumador	*M*	14,6	Fumador	*M*	11,6
	DP	9,6		*DP*	9,1
	n	87		*n*	115
Total	*M*	17,2	**Total**	*M*	12,3
	DP	12,2		*DP*	9,6
	n	150		*n*	191
Teste de *Mann-Whitney*			**Teste de *Mann-Whitney***		
$U = 2077{,}500$; $p = 0{,}011$			$U = 3962{,}000$; $p = 0{,}272$		

Comparando os homens e as mulheres (ver Quadro CI), quanto ao número de cigarros fumados por dia, observam-se diferenças significativas, com os homens ex-fumadores (U = 1557,500; p = 0,000) e fumadores (U = 3994,000; p = 0,014), a relatarem consumos superiores aos respectivos grupos de mulheres ex-fumadoras (M = 20,9 *vs.* M = 13,2) e fumadoras (M = 17,2 *vs.* M = 12,3).

Quadro CI. Comparação do "número de cigarros fumados por dia", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Ex-fumador	1557,500	0,000
Fumador	3994,000	0,014

O número de anos de tabagismo é, em média, menor nos ex-fumadores (M = 13 *vs.* M = 9,5), do que nos fumadores (M = 16,2 *vs.* M = 12,2) de ambos os sexos (ver Quadro CII).

Quadro CII. Comparação do "número de anos de tabagismo", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Há quantos anos fuma / fumou?					
Homem			**Mulher**		
Ex-fumador	*M*	13,0	Ex-fumador	*M*	9,5
	DP	9,6		*DP*	7,9
	n	61		*n*	75
Fumador	*M*	16,2	Fumador	*M*	12,2
	DP	10,9		*DP*	10,0
	n	87		*n*	114
Total	*M*	14,8	**Total**	*M*	11,1
	DP	10,5		*DP*	9,3
	n	148		*n*	189
Teste de *Mann-Whitney*			**Teste de *Mann-Whitney***		
$U = 2217{,}500$; $p = 0{,}089$			$U = 3633{,}000$; $p = 0{,}080$		

Ao comparar os homens e as mulheres, quanto ao número de anos de tabagismo, verifica-se existirem diferenças significativas (ver Quadro CIII). Os homens ex-fumadores (U = 1761,500; p = 0,021) e fumadores (U = 3852,500; p = 0,007), revelam mais anos de tabagismo, respectivamente, do que as mulheres ex-fumadoras (M = 13 *vs.* M = 9,5) e fumadoras (M = 16,2 *vs.* M = 12,2).

Quadro CIII. Comparação do "número de anos de tabagismo", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Ex-fumador	1761,500	0,021
Fumador	3852,500	0,007

A marca de cigarros mais habitualmente fumada pelos homens ex-fumadores e fumadores (ver Quadro CIV), são os cigarros "normais" (60,9%), sendo invulgar (2,6%) o consumo de tabaco "preto" (ou cigarros sem filtro).

Quadro CIV. Cruzamento entre "a marca de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico		Que marca fuma(va)?			Total
		Light	Normal	Preto	% *n*
Ex-fumador %		34,9	63,5	1,6	100 63
Fumador %		37,5	59,1	3,4	100 88
Total	%	36,4	60,9	2,6%	100
	n	55	92	4	151
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 0{,}644$; $gl = 2$; $p = 0{,}725$					

As marcas fumadas pelas mulheres ex-fumadoras e fumadoras (ver Quadro CV), são, praticamente na mesma percentagem, os cigarros "*light*" (51,6%) e os cigarros "normais" (48,4%), sendo ausente a referência ao consumo de tabaco "preto".

Quadro CV. Cruzamento entre "a marca de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico		Que marca fuma(va)?			Total
		Light	Normal	Preto	% *n*
Ex-fumador %		47,4	52,6	0,0	100 76
Fumador %		54,4	45,6	0,0	100 114
Total	%	51,6	48,4	0,0	100
	n	98	92	0	190
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 0{,}899$; $gl = 1$; $p = 0{,}343$					

Na categoria dos ex-fumadores não existe uma associação significativa entre a marca de cigarros fumada e o sexo (ver Quadro CVI). No que se refere à categoria de fumadores, porém, existem menos homens do que seria de esperar, a consumir cigarros "*light*" (37,5%) e mais homens do que seria esperado, a consumir cigarros "normais" (59,1%) e "pretos" (3,4%). Este perfil de consumo é, precisamente, inverso ao das mulheres fumadoras (54,4%, 45,6% e 0%, respectivamente).

Quadro CVI. Cruzamento entre "a marca de cigarro fumado", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	Sexo	Que marca fuma(va)?			Total % *n*
		Light	**Normal**	**Preto**	
Ex-fumador	**Homem** %	34,9	63,5	1,6	100 63
	Mulher %	47,4	52,6	0,0	100 76
Total	% *n*	41,7 58	57,6 80	0,7 1	100 139
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 3{,}191$; $gl = 2$; $p = 0{,}203$					
Fumador	**Homem** % Resíduo ajustado	37,5 -2,4	59,1 1,9	3,4 2,0	100 88
	Mulher % Resíduo ajustado	54,4 2,4	45,6 -1,9	0,0 -2,0	100 114
Total	% *n*	47,0 95	51,5 104	1,5 3	100 202
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 8{,}649$; $gl = 2$; $p = 0{,}013$					

Perfil de inalação

Os homens ex-fumadores e fumadores (ver Quadro CVII), relatam, geralmente, ter o cigarro "tanto tempo na boca, como na mão" (57,7%). Os ex-fumadores (21,3%), em comparação aos fumadores (9,1%), porém, assumem, com maior frequência, ter o cigarro "sempre na boca".

Quadro CVII. Cruzamento entre "a forma de fumar o cigarro" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	Como fuma(va) o cigarro?			Total % *n*
	Sempre na boca	**Boca e mão**	**Maior parte arde na mão**	
Ex-fumador %	21,3	52,5	26,2	100 61
Fumador %	9,1	61,4	29,5	100 88
Total % *n*	14,1 21	57,7 86	28,2 42	100 149
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 4{,}453$; $gl = 2$; $p = 0{,}108$				

Nas mulheres, independentemente do hábito tabágico, o cigarro está "tanto tempo na boca, como na mão" (67,5%). Ao contrário dos homens, as ex-fumadoras (7,9%), em comparação com as fumadoras (19,1%), referem, com menos frequência, ter o cigarro "sempre na boca" (ver Quadro CVIII).

Quadro CVIII. Cruzamento entre "a forma de fumar o cigarro" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico		**Como fuma(va) o cigarro?**			**Total**
		Sempre na boca	**Boca e mão**	**Maior parte arde na mão**	% *n*
Ex-fumador %		7,9	69,7	22,4	100 76
Fumador %		19,1	66,1	14,8	100 115
Total	%	14,7	67,5	17,8	100
	n	28	129	34	191

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 5{,}510$; $gl = 2$; $p = 0{,}064$

No que diz respeito à forma de fumar o cigarro, a comparação entre homens e mulheres (ver Quadro CIX), revela uma associação significativa, quer na categoria dos ex-fumadores ($X^2 = 6{,}230$; $gl = 2$; $p = 0{,}044$), quer na categoria dos fumadores ($X^2 = 8{,}703$; $gl = 2$; $p = 0{,}013$). Pela análise dos resíduos ajustados, podemos concluir que há mais ex-fumadores homens do que seria de esperar (68,4%), em comparação às mulheres (31,6%), a relatar ter o cigarro "sempre na boca". Inversamente, as mulheres ex-fumadoras (37,6%), em comparação com os homens (62,4%), referem mais do que o esperado, ter o cigarro "tanto tempo na boca, como na mão". Na categoria dos fumadores, são as mulheres a referir que o cigarro passa a maior parte do tempo na boca (73,3% *vs.* 26,7%), enquanto os homens fumadores referem que "a maior parte do cigarro arde no cinzeiro" (60,5% *vs.* 39,5%).

Quadro CIX. Cruzamento entre "a forma de fumar o cigarro", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico	Sexo	Como fumava o cigarro?			Total
		Sempre na boca	Boca e mão	Maior parte arde na mão	% *n*
Ex-fumador	**Homem** %	68,4	37,6	48,5	44,5
	Resíduo ajustado	2,3	-2,1	0,5	61
	Mulher %	31,6	62,4	51,5	55,5
	Resíduo ajustado	-2,3	2,1	-0,5	76
Total	%	100	100	100	100
	n	19	85	33	137
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 6{,}230$; $gl = 2$; $p = 0{,}044$					
Fumador	**Homem** %	26,7	41,5	60,5	43,3
	Resíduo ajustado	-2,0	-0,7	2,6	88
	Mulher %	73,3	58,5	39,5	56,7
	Resíduo ajustado	2,0	0,7	-2,6	115
Total	%	100	100	100	100
	n	30	130	43	203
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 8{,}703$; $gl = 2$; $p = 0{,}013$					

Independentemente do tipo de hábito tabágico (ver Quadro CX), a maior parte dos homens afirmam fumar 5/6 do cigarro (57,7%). Os ex-fumadores (43,5%), porém, referem, com mais frequência que os fumadores (27,6%), fumar 6/6 do cigarro.

Quadro CX. Cruzamento entre "a quantidade de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	Até onde fuma(va) o cigarro?					Total
	1/6	3/6	4/6	5/6	6/6	% *n*
Ex-fumador %	1,6	0,0	4,8	50,0	43,5	100
						62
Fumador %	1,1	0,0	8,0	63,2	27,6	100
						87
Total %	1,3	0,0	6,7	57,7	34,2	100
n	2	0	10	86	51	149
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 4{,}403$; $gl = 3$; $p = 0{,}221$						

A quantidade de cigarro fumado pelas mulheres é, geralmente, de 5/6 (60,7%). As ex-fumadoras referem, com mais frequência do que as fumadoras (35,5% *vs.* 30,4%, respectivamente), fumar 6/6 dos seus cigarros (ver Quadro CXI).

Quadro CXI. Cruzamento entre "a quantidade de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico		Até onde fuma(va) o cigarro?					Total
		1/6	3/6	4/6	5/6	6/6	% *n*
Ex-fumador %		0,0	1,3	5,3	57,9	35,5	100 76
Fumador %		0,9	0,0	6,1	62,6	30,4	100 115
Total	%	0,5	0,5	5,8	60,7	32,5	100
	n	1	1	11	116	62	191
Teste do Qui-Quadrado							
$X^2 = 2{,}761$; $gl = 4$; $p = 0{,}599$							

A quantidade de cigarro fumado, comparando homens e mulheres, ex-fumadores e fumadores, não apresenta associação significativa (ver Quadro CXII). Pela análise dos quadros anteriores (VIII e VIII), confirma-se que a maior parte das pessoas fuma 5/6 de cada cigarro.

Quadro CXII. Cruzamento entre "a quantidade de cigarro fumado", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	Sexo	Até onde fumava o cigarro?					Total
		1/6	3/6	4/6	5/6	6/6	% *n*
Ex-fumador	Homem %	100	0,0	42,9	41,3	50,0	44,9 62
	Mulher %	0,0	100	57,1	58,7	50,0	55,1 76
Total	%	100	100	100	100	100	100
	n	1	1	7	75	54	138
Teste do Qui-Quadrado							
$X^2 = 3{,}007$; $gl = 4$; $p = 0{,}557$							
Fumador	Homem %	50,0	-	50,0	43,3	40,7	43,1 87
	Mulher %	50,0	-	50,0	56,7	59,3	56,9 115
Total	%	100	-	100	100	100	100
	n	2	-	14	127	59	202
Teste do Qui-Quadrado							
$X^2 = 0{,}454$; $gl = 3$; $p = 0{,}929$							

Percepção de risco

A percepção de que fumar é prejudicial para a saúde (ver Quadro CXIII), no grupo dos homens, diminuiu, dos não fumadores (M = 3,7; DP = 0,6) para os ex-fumadores (M = 3,6; DP = 0,6) e destes para os fumadores (M = 3,5; DP = 0,7). Semelhante sequência se observou nas mulheres, embora, neste grupo, a diferença entre as pontuações médias seja significativa (X^2 = 23,473; gl = 2; p = 0,000).

Quadro CXIII. Comparação da "percepção de que fumar é prejudicial à saúde", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

De 0 a 4 até que ponto fumar é perigoso?					
Homem			**Mulher**		
Não fumador	*M*	3,7	Não fumador	*M*	3,8
	DP	0,6		*DP*	0,5
	n	154		*n*	266
Ex-fumador	*M*	3,6	Ex-fumador	*M*	3,7
	DP	0,6		*DP*	0,6
	n	63		*n*	74
Fumador	*M*	3,5	Fumador	*M*	3,5
	DP	0,7		*DP*	0,6
	n	87		*n*	113
Total	*M*	3,6	**Total**	*M*	3,7
	DP	0,6		*DP*	0,5
	n	304		*n*	453
Teste de *Kruskal-Wallis*			**Teste de *Kruskal-Wallis***		
X^2 = 4,419; gl = 2; p = 0,110			X^2 = 23,473; gl = 2; p = 0,000		

No grupo das mulheres, comparando as médias duas a duas (ver Quadro CXIV), conclui-se que existem diferenças significativas na percepção do risco associado ao tabagismo, entre as mulheres não fumadoras e as fumadoras (U = 11271,000; p = 0,000), bem como entre as ex-fumadoras e as fumadoras (U = 3470,500; p = 0,022).

Quadro CXIV. Comparação da "percepção de que fumar é prejudicial à saúde", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Não fumador Ex-fumador	9129,000	0,194
Não fumador Fumador	11271,000	0,000
Ex-fumador Fumador	3470,500	0,022

Comparando a percepção do risco de fumar, entre homens e mulheres, estratificados por hábito tabágico (ver Quadro CXV), registam-se diferenças, estatisticamente significativas, entre os homens e as mulheres não fumadores (U = 18592,000; p = 0,037). A consulta dos quadros anteriores, permite-nos afirmar que existe maior percepção de risco nas mulheres não fumadoras (M = 3,8; DP = 0,5), do que nos seus pares masculinos (M = 3,7; DP = 0,6). Nas categorias de ex-fumadores e fumadores, por seu turno, não há diferenças significativas.

Quadro CXV. Comparação da "percepção de que fumar é prejudicial", em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Não fumador	18592,000	0,037
Ex-fumador	2207,500	0,509
Fumador	4864,500	0,887

Tentativas para deixar de fumar

O número médio de tentativas para deixar de fumar (ver Quadro CXVI), no grupo dos homens ex-fumadores, é de 2,2 (DP = 1,3), enquanto nos fumadores é de 1,3 (DP = 1,4), diferença que apresenta um valor estatisticamente significativo (U = 1673,000; p = 0,000). No caso das mulheres, também existe uma diferença significativa (U = 2528,000; p = 0,000), entre o número de tentativas para deixar de fumar, nas ex-fumadoras (M = 2; DP = 1,2) e nas fumadoras (M = 1,1; DP = 1,2).

Quadro CXVI. Comparação do "número de tentativas para deixar de fumar", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Número de tentativas para parar					
Homem			**Mulher**		
Ex-fumador	*M*	2,2	Ex-fumador	*M*	2,0
	DP	1,3		*DP*	1,2
	n	62		*n*	75
Fumador	*M*	1,3	Fumador	*M*	1,1
	DP	1,4		*DP*	1,2
	n	88		*n*	115
Total	*M*	1,7	**Total**	*M*	1,5
	DP	1,4		*DP*	1,3
	n	150		*n*	190
Teste de *Mann-Whitney*			**Teste de *Mann-Whitney***		
U = 1673,000; p = 0,000			U = 2528,000; p = 0,000		

Entre homens e mulheres (ver Quadro CXVII), estratificados pelo hábito tabágico, não se observam diferenças significativas no número médio de tentativas para deixar de fumar.

Quadro CXVII. Comparação do "número médio de tentativas para deixar de fumar", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Ex-fumador	2131,500	0,375
Fumador	4646,000	0,297

O número médio de dias sem fumar, no grupo dos homens (ver Quadro CXVIII) ex-fumadores e fumadores é significativamente diferente (U = 379,500; p = 0,000), com os ex-fumadores a referirem, em média, 4625,5 dias sem fumar (DP = 4035,3). No grupo das mulheres, verifica-se a mesma diferença significativa (U = 1051,500; p = 0,000), com as ex-fumadoras a relatarem um número médio de dias sem fumar de 3008 (DP = 3128,8).

Quadro CXVIII. Comparação do "número médio de dias sem fumar", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Número médio de dias sem fumar					
Homem			**Mulher**		
Ex-fumador	*M*	4625,5	Ex-fumador	*M*	3008,0
	DP	4035,3		*DP*	3128,8
	n	63		*n*	76
Fumador	*M*	439,2	Fumador	*M*	593,2
	DP	917,2		*DP*	1091,6
	n	59		*n*	71
Total	*M*	2601,0	**Total**	*M*	1841,7
	DP	3627,6		*DP*	2658,2
	n	122		*n*	147
Teste de *Mann-Whitney*			**Teste de *Mann-Whitney***		
U = 379,500; p = 0,000			U = 1051,500; p = 0,000		

Comparando o número médio de dias sem fumar, entre homens e mulheres (ver Quadro CXIX), observam-se diferenças estatisticamente significativas, quer na categoria de ex-fumadores (U = 1882,500; p = 0,030), quer na categoria de fumadores (U = 1647,500; p = 0,036). No caso dos ex-fumadores, são os homens que têm maior número médio de dias sem fumar (M = 4625,5; DP = 4035,3 *vs.* M = 3008,0; DP = 3128,8, respectivamente), enquanto no caso dos fumadores, são as mulheres que

apresentam uma média mais elevada de dias sem fumar (*M* = 593,2; *DP* = 1091,6 *vs.* *M* = 439,2; *DP* = 917,2, respectivamente).

Quadro CXIX. Comparação do "número médio de dias sem fumar", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Ex-fumador	1882,500	0,030
Fumador	1647,000	0,036

Considerando as respostas de ex-fumadores e fumadores, as principais razões para deixar de fumar, referidas no grupo de homens (ver Quadro CXX), foram a importância de "manter a saúde" (51%), o "medo das doenças provocadas pelo tabaco" (33,1%) e "ter adoecido" (27,2%). Observaram-se associações significativas entre o hábito tabágico e a importância de parar "para manter a saúde" (X^2 = 8,583; *gl* = 1; *p* = 0,003), a "aversão ao sabor" (X^2 = 4,450; *gl* = 1; *p* = 0,035) e a "sensação de cansaço ao andar" (X^2 = 4,275; *gl* = 1; *p* = 0,039). Nestes três casos, existem mais ex-fumadores do que seria esperado a responder afirmativamente e, inversamente, menos fumadores do que seria de esperar a responder "sim".

Quadro CXX. Cruzamento entre "a razão para deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Razões		**Qual a razão para deixar de fumar?**		**Total** % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Para manter a saúde *	Sim	27,2	23,8	51,0
	RA	2,9	-2,9	77
	Não	14,6	34,4	49,0
	RA	-2,9	2,9	74
Medo das doenças provocadas pelo tabaco	Sim	14,6	18,5	33,1
				50
	Não	27,2	39,7	66,9
				101
Ter adoecido	Sim	14,6	12,6	27,2
				41
	Não	27,2	45,7	72,8
				110
Incompatível com a prática de desporto	Sim	6,6	9,9	16,6
				25
	Não	35,1	48,3	83,4
				126
Preço dos cigarros	Sim	4,0	9,9	13,9
				21
	Não	37,7	48,3	86,1
				130

Razões (continuação)		Qual a razão para deixar de fumar?		Total %
		Ex-fumador %	Fumador %	*n*
Aposta com alguém	Sim	6,0	7,3	13,2 20
	Não	35,8	51,0	86,8 131
Conselho médico	Sim	7,3	4,6	11,9 18
	Não	34,4	53,6	88,1 133
Pressão familiar, cônjuge, namorado(a)	Sim	5,3	5,3	10,6 16
	Não	36,4	53,0	89,4 135
Por causa dos filhos	Sim	4,6	4,0	8,6 13
	Não	37,1	54,3	91,4 138
Aversão à ideia de ser fumador	Sim	2,6	2,6	5,3 8
	Não	39,1	55,6	94,7 143
Pressão social para não fumar	Sim	3,3	1,3	4,6 7
	Não	38,4	57,0	95,4 144
Aversão ao sabor †	Sim	3,3	0,7	4,0
	RA	2,1	-2,1	6
	Não	38,4	57,6	96,0
	RA	-2,1	2,1	145
Alguém próximo morreu / adoeceu devido ao tabaco	Sim	2,0	1,3	3,3 5
	Não	39,7	57,0	96,7 146
Gravidez da mulher	Sim	1,3	1,3	2,6 4
	Não	40,4	57,0	97,4 147
Sensação de cansaço ao andar ‡	Sim	2,0	0,0	2,0
	RA	2,1	-2,1	3
	Não	39,7	58,3	98,0
	RA	-2,1	2,1	148
Interdição de fumar no trabalho	Sim	0,0	1,3	1,3 2
	Não	41,7	57,0	98,7 149

Nota: RA = Resíduo ajustado; * X^2 = 8,583; *gl* = 1; *p* = 0,003; † X^2 = 4,450; *gl* = 1; *p* = 0,035; ‡ X^2 = 4,275; *gl* = 1; *p* = 0,039.

No grupo das mulheres, tomando em conjunto as ex-fumadoras e as fumadoras, surgem como principais razões para deixar de fumar (ver Quadro CXXI), a importância de manter a saúde (40,3%), o "medo das doenças provocadas pelo tabaco" (27,7%) e a "gravidez" (26,2%). Considerando, porém, as categorias separadamente, no caso das fumadoras, a razão com maior percentagem de respostas passa a ser a "gravidez" (16,2%). Note-se ainda que a "gravidez" é a terceira razão para parar, enquanto, nos homens, surge em terceiro lugar a razão - "ter adoecido". No grupo das mulheres também se regista uma associação significativa entre o hábito tabágico e várias razões para deixar de fumar, designadamente "para manter a saúde" (X^2 = 34,046; gl = 1; p = 0,000), "medo das doenças provocadas pelo tabaco" (X^2 = 8,655; gl = 1; p = 0,003), "preço dos cigarros" (X^2 = 4,026; gl = 1; p = 0,045),"aversão à ideia de ser fumador" (X^2 = 11,104; gl = 1; p = 0,001),"alguém próximo morreu / adoeceu devido ao tabaco" (X^2 = 6,397; gl = 1; p = 0,011),"Pressão social para não fumar" (X^2 = 4,612; gl = 1; p = 0,032). Em todos os casos, existiram mais ex-fumadores do que seria de esperar, a responder de forma afirmativa e menos fumadores do que seria de esperar a responder afirmativamente.

Quadro CXXI. Cruzamento entre "a razão para deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Razões		**Qual a razão para deixar de fumar?**		**Total** % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Para manter a saúde *	Sim	26,2	14,1	40,3
	RA	5,8	-5,8	77
	Não	13,6	46,1	59,7
	RA	-5,8	5,8	114
Medo das doenças provocadas pelo tabaco †	Sim	15,7	12,0	27,7
	RA	2,9	-2,9	53
	Não	24,1	48,2	72,3
	RA	-2,9	2,9	138
Gravidez	Sim	9,9	16,2	26,2
				50
	Não	29,8	44,0	73,8
				141
Ter adoecido	Sim	7,9	11,0	18,8
				36
	Não	31,9	49,2	81,2
				155
Aposta com alguém	Sim	7,9	6,8	14,7
				28
	Não	31,9	53,4	85,3
				163

Razões (continuação)		Qual a razão para deixar de fumar?		Total %
		Ex-fumador %	Fumador %	*n*
Preço dos cigarros ‡	Sim	7,9	5,8	13,6
	RA	2,0	-2,0	26
	Não	31,9	54,5	86,4
	RA	-2,0	2,0	165
Pressão familiar, cônjuge, namorado(a)	Sim	5,2	6,3	11,5
				22
	Não	34,6	53,9	88,5
				169
Por causa dos filhos	Sim	2,1	7,3	9,4
				18
	Não	37,7	52,9	90,6
				173
Conselho médico	Sim	3,1	3,7	6,8
				13
	Não	36,6	56,5	93,2
				178
Incompatível com a prática de desporto	Sim	3,7	2,1	5,8
				11
	Não	36,1	58,1	94,2
				180
Aversão à ideia de ser fumador §	Sim	4,7	0,5	5,2
	RA	3,3	-3,3	10
	Não	35,1	59,7	94,8
	RA	-3,3	3,3	181
Alguém próximo morreu / adoeceu devido ao tabaco **	Sim	3,1	0,5	3,7
	RA	2,5	-2,5	7
	Não	36,6	59,7	96,3
	RA	-2,5	2,5	184
Interdição de fumar no trabalho	Sim	1,6	1,0	2,6
				5
	Não	38,2	59,2	97,4
				186
Pressão social para não fumar ††	Sim	1,6	0,0	1,6
	RA	2,1	-2,1	3
	Não	38,2	60,2	98,4
	RA	-2,1	2,1	188
Aversão ao sabor	Sim	1,0	0,5	1,6
				3
	Não	38,7	59,7	98,4
				188
Sensação de cansaço ao andar	Sim	1,0	0,0	1,0
				2
	Não	38,7	60,2	99,0
				189

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 34{,}046$; $gl = 1$; $p = 0{,}000$; † $X^2 = 8{,}655$; $gl = 1$; $p = 0{,}003$; ‡ $X^2 = 4{,}026$; $gl = 1$; $p = 0{,}045$; § $X^2 = 11{,}104$; $gl = 1$; $p = 0{,}001$; ** $X^2 = 6{,}397$; $gl = 1$; $p = 0{,}011$; †† $X^2 = 4{,}612$; $gl = 1$; $p = 0{,}032$.

Comparando as respostas dos homens e das mulheres, estratificadas por hábito tabágico (ex-fumadores e fumadores), observam-se associações significativas (ver Quadro CXXII), na categoria de ex-fumadores, com as razões "ter adoecido" (X^2 = 8,655; gl = 1; p = 0,003) e "gravidez" (X^2 = 4,066; gl = 1; p = 0,044). Enquanto em relação a "ter adoecido" existem mais homens do que o esperado a responder "sim", na "gravidez", são as mulheres a responder "sim", mais vezes do que seria esperado. Na categoria de fumadores, as associações estabelecem-se com as razões "manter a saúde" (X^2 = 7,077; gl = 1; p = 0,008;), "gravidez" (X^2 = 22,312; gl = 1; p = 0,000) e "incompatível com a prática de desporto" (X^2 = 10,816; gl = 1; p = 0,001). Novamente observa-se que as mulheres respondem mais vezes "sim", do que seria esperado, na razão "gravidez", passando-se o inverso nas razões "manter a saúde" e "incompatível com a prática de desporto", considerando que são os homens a responder "sim", mais vezes do que seria esperado.

Quadro CXXII. Cruzamento entre "a razão para deixar de fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Razões		**Qual a razão para deixar de fumar?**		**Total** % *n*
		Homem %	Mulher %	
Ex-fumador				
Ter adoecido †	Sim	15,8	10,8	26,6
	RA	2,0	-2,0	37
	Não	29,5	43,9	73,4
	RA	-2,0	2,0	102
Gravidez *	Sim	1,4	13,7	15,1
	RA	-3,6	3,6	21
	Não	43,9	41,0	84,9
	RA	3,6	-3,6	118
Fumador				
Manter a saúde §	Sim	17,7	13,3	31,0
	RA	2,7	-2,7	63
	Não	25,6	43,3	69,0
	RA	-2,7	2,7	140
Gravidez ‡	Sim	1,0	15,3	16,3
	RA	-4,7	4,7	33
	Não	42,4	41,4	83,7
	RA	4,7	-4,7	170
Incompatível com a prática de desporto **	Sim	7,4	2,0	9,4
	RA	3,3	-3,3	19
	Não	36,0	54,7	90,6
	RA	-3,3	3,3	184

Nota: RA = Resíduo ajustado; * X^2 = 8,655; gl = 1; p = 0,003; † X^2 = 4,066; gl = 1; p = 0,044; ‡ X^2 = 7,077; gl = 1; p = 0,008; § X^2 = 22,312; gl = 1; p = 0,000; ** X^2 = 10,816; gl = 1; p = 0,001.

Ao avaliar quais as técnicas mais usadas para deixar de fumar, observa-se que não existe qualquer associação significativa com o hábito tabágico. Por essa razão, juntaram-se as respostas dos ex-fumadores, com as dos fumadores, procedendo-se apenas à estratificação por sexo (ver Quadro CXXIII). Globalmente, o recurso a técnicas para deixar de fumar foi escassa, sendo a mais referida, o uso de "pastilhas e rebuçados" sem nicotina (6,1%). Agregando os homens e as mulheres, o "controlo de estímulos" (4,7%), designadamente evitar locais com fumadores ou deitar fora cinzeiros, isqueiros ou maços de tabaco, a "redução gradual da ingestão de nicotina e alcatrão" - RGINA (4,4%) ou a "terapia de substituição nicotínica" (2,6%), foram as estratégias mais referidas. Registou-se uma associação significativa entre o sexo e o recurso à terapia de substituição de nicotina ($X^2 = 4{,}238$; $gl = 1$; $p = 0{,}040$), com mais mulheres do que seria de esperar a recorrer a esta terapêutica. Note-se que só nove participantes referem ter usado terapia de substituição e apenas uma participante recorreu a consultas de desabituação tabágica.

Quadro CXXIII. Cruzamento entre "a técnica para deixar de fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Técnicas		**Que técnica usou para deixar de fumar?**		**Total** % *n*
		Homem %	Mulher %	
Pastilhas e rebuçados (sem nicotina)	Sim	3,5	2,6	6,1 21
	Não	40,6	53,2	93,9 321
Controlo de estímulos (ex. evitar estar com fumadores)	Sim	2,6	2,0	4,7 16
	Não	41,5	53,8	95,3 326
Redução gradual da ingestão de nicotina e alcatrão (RGINA)	Sim	2,9	1,5	4,4 15
	Não	41,2	54,4	95,6 327
Terapia de substituição nicotínica *	Sim RA	2,0 2,1	0,6 -2,1	2,6 9
	Não RA	42,1 -2,1	55,3 2,1	97,4 333
Praticar desporto	Sim	0,6	0,3	0,9 3
	Não	43,6	55,6	99,1 339

Técnicas (continuação)		Que técnica usou para deixar de fumar?		Total % *n*
		Homem %	Mulher %	
Recordar os malefícios do tabaco	Sim	0,6	0,3	0,9 3
	Não	43,6	55,6	99,1 339
Acupunctura	Sim	0,0	0,3	0,3 1
	Não	44,2	55,6	99,7 341
Cigarros de ervas aversivas	Sim	0,0	0,3	0,3 1
	Não	44,2	55,6	99,7 341
Consulta de desabituação tabágica	Sim	0,0	0,3	0,3 1
	Não	44,2	55,6	99,7 341
Marcar data para deixar de fumar	Sim	0,0%	0,3%	0,3% 1
	Não	44,2	55,6	99,7 341
Escolher um período de vida calmo	Sim	0,0	0,3	0,3 1
	Não	44,2	55,6	99,7 341

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 4{,}238$; $gl = 1$; $p = 0{,}040$.

No grupo de homens (ver Quadro CXXIV), em geral, a maior dificuldade em deixar de fumar, prende-se com os sintomas psicológicos de abstinência (23,8%), embora uma percentagem elevada refira ter tido pouca ou nenhuma dificuldade em parar (19,9%). Os sintomas físicos de abstinência (4%) e o receio de ganhar peso (2%), foram dificuldades pouco referidas. Registou-se uma associação significativa do hábito tabágico, com o relato de "nenhuma ou poucas dificuldades" em parar, com o momento "após o café ou as refeições", as situações de "afectividade positiva" e "tomar a decisão de parar". Em todos estes casos, observaram-se mais ex-fumadores do que o esperado, a responder afirmativamente à questão.

Quadro CXXIV. Cruzamento entre "a maior dificuldade em deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Dificuldades		**Maior dificuldade em deixar de fumar?**		**Total** % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Sintomas psicológicos de abstinência (ex. ansiedade, depressão, disforia)	Sim	11,3	12,6	23,8 36
	Não	30,5	45,7	76,2 115
Nenhuma ou poucas dificuldades *	Sim	12,6	7,3	19,9
	RA	2,7	-2,7	30
	Não	29,1	51,0	80,1
	RA	-2,7	2,7	121
Desejo de fumar	Sim	8,6	6,6	15,2 23
	Não	33,1	51,7	84,8 128
Exposição ao estímulo (ex. ver cigarros, estar com fumadores)	Sim	7,9	6,6	14,6 22
	Não	33,8	51,7	85,4 129
Após o café ou refeições †	Sim	8,6	4,0	12,6
	RA	2,5	-2,5	19
	Não	33,1	54,3	87,4
	RA	-2,5	2,5	132
Afectividade negativa (ex. discussões, tensão)	Sim	4,0	6,6	10,6 16
	Não	37,7	51,7	89,4 135
Situações de convívio	Sim	5,3	4,0	9,3 14
	Não	36,4	54,3	90,7 137
Necessidade de manipular o cigarro	Sim	4,6	4,0	8,6 13
	Não	37,1	54,3	91,4 138
Afectividade positiva (ex. festas, celebrações) ‡	Sim	4,6	1,3	6,0
	RA	2,3	-2,3	9
	Não	37,1	57,0	94,0
	RA	-2,3	2,3	142
Sintomas físicos de abstinência (ex. tosse, cefaleias, sudorese)	Sim	2,0	2,0	4,0 6
	Não	39,7	56,3	96,0 145

Dificuldades (continuação)		Maior dificuldade em deixar de fumar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Tomar a decisão de parar [§]	Sim	2,6	0,0	2,6
	RA	2,4	-2,4	4
	Não	39,1	58,3	97,4
	RA	-2,4	2,4	147
Ganho ponderal	Sim	0,0	2,0	2,0
				3
	Não	41,7	56,3	98,0
				148

Nota: RA = Resíduo ajustado; [*] $X^2 = 7{,}191$; $gl = 1$; $p = 0{,}007$; [†] $X^2 = 6{,}372$; $gl = 1$; $p = 0{,}012$; [‡] $X^2 = 5{,}117$; $gl = 1$; $p = 0{,}024$; [§] $X^2 = 5{,}739$; $gl = 1$; $p = 0{,}017$.

No que diz respeito às mulheres (ver Quadro CXXV), a resposta globalmente mais frequente é a ausência ou escassez de dificuldades em parar de fumar (31,4%). Em termos comparativos, os "sintomas psicológicos de abstinência" (16,8%) e a "exposição ao estímulo" (16,2%) são dificuldades igualmente relevantes. Dificuldades relativas ao "ganho ponderal" (2,1%) e aos "sintomas físicos de abstinência" (1,6%), são pouco referidos. O hábito tabágico associa-se de forma significativa a dificuldades como, o relato de "nenhuma ou poucas dificuldades" em parar, a "exposição ao estímulo", não fumar "após o café ou as refeições", as "situações de convívio", a "afectividade negativa" ou o "ganho ponderal". Em todas estas dificuldades, existem mais ex-fumadores a responder afirmativamente, do que seria de esperar.

Quadro CXXV. Cruzamento entre "a maior dificuldade em deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Dificuldades		Maior dificuldade em deixar de fumar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Nenhuma ou poucas dificuldades [*]	Sim	16,2	15,2	31,4
	RA	2,3	-2,3	60
	Não	23,6	45,0	68,6
	RA	-2,3	2,3	131
Sintomas psicológicos de abstinência (ex. ansiedade, depressão, disforia)	Sim	6,3	10,5	16,8
				32
	Não	33,5	49,7	83,2
				159
Exposição ao estímulo (ex. ver cigarros, estar com fumadores) [†]	Sim	9,4	6,8	16,2
	RA	2,3	-2,3	31
	Não	30,4	53,4	83,8
	RA	-2,3	2,3	160

Dificuldades (continuação)		Maior dificuldade em deixar de fumar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Desejo de fumar	Sim	5,8	7,9	13,6 26
	Não	34,0	52,4	86,4 165
Após o café ou refeições ‡	Sim	6,8	4,2	11,0
	RA	2,2	-2,2	21
	Não	33,0	56,0	89,0
	RA	-2,2	2,2	170
Necessidade de manipular o cigarro	Sim	5,2	4,7	9,9 19
	Não	34,6	55,5	90,1 172
Situações de convívio §	Sim	4,7	2,1	6,8
	RA	2,2	-2,2	13
	Não	35,1	58,1	93,2
	RA	-2,2	2,2	178
Afectividade negativa (ex. discussões, tensão) **	Sim	4,2	1,6	5,8
	RA	2,3	-2,3	11
	Não	35,6	58,6	94,2
	RA	-2,3	2,3	180
Ganho ponderal ††	Sim	2,1	0,0	2,1
	RA	2,5	-2,5	4
	Não	37,7	60,2	97,9
	RA	-2,5	2,5	187
Afectividade positiva (ex. festas, celebrações)	Sim	1,0	0,5	1,6 3
	Não	38,7	59,7	98,4 188
Sintomas físicos de abstinência (ex. tosse, cefaleias, sudorese)	Sim	0,5	1,0	1,6 3
	Não	39,3	59,2	98,4 188
Tomar a decisão de parar	Sim	0,5	0,0	0,5 1
	Não	39,3	60,2	99,5 190

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 5{,}150$; $gl = 1$; $p = 0{,}023$; † $X^2 = 5{,}158$; $gl = 1$; $p = 0{,}023$; ‡ $X^2 = 4{,}816$; $gl = 1$; $p = 0{,}028$; § $X^2 = 5{,}047$; $gl = 1$; $p = 0{,}025$; ** $X^2 = 5{,}285$; $gl = 1$; $p = 0{,}022$; †† $X^2 = 6{,}182$; $gl = 1$; $p = 0{,}013$.

Comparando os homens e mulheres, estratificados por hábito tabágico, relativamente às dificuldades em deixar de fumar (ver Quadro CXXVI), observa-se uma associação significativa entre o hábito tabágico, o sexo e a "afectividade positiva", no caso dos ex-fumadores e com a "afectividade negativa", o "ganho

ponderal" e o relato de "nenhuma ou poucas dificuldades" ao parar de fumar, no caso dos fumadores. Assim, os homens ex-fumadores referem, com mais frequência do que as mulheres, dificuldades relacionadas com a afectividade positiva. O mesmo se passa com os fumadores masculinos, ao relatarem mais dificuldades com a "afectividade negativa" e com o "ganho ponderal", enquanto existem mais mulheres fumadoras, do que seria de esperar, a "não manifestar dificuldades" em parar de fumar.

Quadro CXXVI. Cruzamento entre "a maior dificuldade em deixar de fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Dificuldades		**Maior dificuldade em deixar de fumar?**		**Total** % *n*
		Homem %	Mulher %	
Ex-fumadores				
Afectividade positiva (ex. festas, celebrações) *	Sim	5,0	1,4	6,5
	RA	2,0	-2,0	9
	Não	40,3	53,2	93,5
	RA	-2,0	2,0	130
Fumadores				
Afectividade negativa (ex. discussões, tensão) †	Sim	4,9	1,5	6,4
	RA	2,5	-2,5	13
	Não	38,4	55,2	93,6
	RA	-2,5	2,5	190
Ganho ponderal ‡	Sim	1,5	0,0	1,5
	RA	2,0	-2,0	3
	Não	41,9	56,7	98,5
	RA	-2,0	2,0	200
Nenhuma ou poucas dificuldades §	Sim	5,4	14,3	19,7
	RA	-2,3	2,3	40
	Não	37,9	42,4	80,3
	RA	2,3	-2,3	163

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 4{,}090$; $gl = 1$; $p = 0{,}043$; † $X^2 = 6{,}375$; $gl = 1$; $p = 0{,}012$; ‡ $X^2 = 3{,}979$; $gl = 1$; $p = 0{,}046$; § $X^2 = 5{,}096$; $gl = 1$; $p = 0{,}024$.

Quanto às razões associadas à recaída, no grupo de homens (ver Quadro CXXVII), a mais frequente é a "afectividade positiva" (18,5%), seguida da "exposição ao estímulo" (17,2%) e da "afectividade negativa" (15,9%). A razão menos frequente, é a referência aos sintomas físicos de abstinência (0,7%).

Quadro CXXVII. Cruzamento entre "as razões associadas à recaída" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.

Razões		Razões da recaída?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Afectividade positiva (ex. festas, celebrações)	Sim	7,9	10,6	18,5 28
	Não	33,8	47,7	81,5 123
Exposição ao estímulo (ex. ver cigarros, estar com fumadores)	Sim	7,9	9,3	17,2 26
	Não	33,8	49,0	82,8 125
Afectividade negativa (ex. discussões, tensão)	Sim	6,0	9,9	15,9 24
	Não	35,8	48,3	84,1 127
Desejo de fumar	Sim	4,6	6,0	10,6 16
	Não	37,1	52,3	89,4 135
Baixa motivação	Sim	4,0	4,0	7,9 12
	Não	37,7	54,3	92,1 139
"Só um cigarro"	Sim	2,6	4,0	6,6 10
	Não	39,1	54,3	93,4 141
Sintomas psicológicos de abstinência (ex. ansiedade, depressão, disforia)	Sim	0,7	5,3	6,0 9
	Não	41,1	53,0	94,0 142
Após o café ou refeições	Sim	2,0%	0,7	2,6 4
	Não	39,7	57,6	97,4 147
Necessidade de manipular o cigarro	Sim	0,0	2,0	2,0 3
	Não	41,7	56,3	98,0 148
Sintomas físicos de abstinência (ex. tosse, cefaleias, sudorese)	Sim	0,0	0,7	0,7 1
	Não	41,7	57,6	99,3 150

No grupo das mulheres, as principais razões associadas à recaída (ver Quadro CXXVIII), são a "afectividade positiva" (26,2%) e a "exposição ao estímulo"

(15,2%). Neste grupo, os sintomas físicos de abstinência não são referidos como razão para recair.

Quadro CXXVIII. Cruzamento entre "as razões associadas à recaída" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes.

Razões		**Razões da recaída?**		**Total** % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Afectividade positiva (ex. festas, celebrações)	Sim	8,4	17,8	26,2 50
	Não	31,4	42,4	73,8 141
Exposição ao estímulo (ex. ver cigarros, estar com fumadores)	Sim	7,3	7,9	15,2 29
	Não	32,5	52,4	84,8 162
Afectividade negativa (ex. discussões, tensão)	Sim	4,7	3,7	8,4 16
	Não	35,1	56,5	91,6 175
Baixa motivação	Sim	3,7	6,8	10,5 20
	Não	36,1	53,4	89,5 171
Desejo de fumar	Sim	3,1	7,3	10,5 20
	Não	36,6	52,9	89,5 171
"Só um cigarro"	Sim	1,0	4,7	5,8 11
	Não	38,7	55,5	94,2 180
Sintomas psicológicos de abstinência (ex. ansiedade, depressão, disforia)	Sim	1,0	4,2	5,2 10
	Não	38,7	56,0	94,8 181
Necessidade de manipular o cigarro	Sim	2,1	2,1	4,2 8
	Não	37,7	58,1	95,8 183
Após o café ou refeições	Sim	0,5	0,5	1,0 2
	Não	39,3	59,7	99,0 189
Sintomas físicos de abstinência (ex. tosse, cefaleias, sudorese)	Sim	0,0	0,0	0,0 0
	Não	39,8	60,2	100 191

Relativamente às razões da recaída, não existem diferenças entre ex-fumadores e fumadores, razão pela qual se juntaram as duas categorias, estratificando-se a análise por sexo (ver Quadro CXXIX). Verifica-se, assim, que existe uma associação significativa entre o sexo e a "razão da recaída", relatando os homens, com maior frequência, que a "afectividade negativa" contribuiu para a sua recaída.

Quadro CXXIX. Cruzamento entre "as razões associadas à recaída", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Razões		**Razões da recaída?**		**Total** % *n*
		Homem %	Mulher %	
Afectividade negativa (ex. discussões, tensão) *	Sim	7,0	4,7	11,7
	RA	2,1	-2,1	40
	Não	37,1	51,2	88,3
	RA	-2,1	2,1	302

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 4{,}614$; $gl = 1$; $p = 0{,}032$.

À pergunta sobre "quem incentivou a deixar de fumar", no grupo de homens (ver Quadro CXXX), a resposta mais frequente foi "ninguém" (46,4%) e, em seguida, o "cônjuge" (22,5%). O "médico ou enfermeiro" foram os menos frequentemente referidos (6,6%). Verificou-se, também, uma associação significativa entre o hábito tabágico e a referência ao apoio de "ninguém" e dos "filhos". No primeiro caso, os ex-fumadores, em comparação aos fumadores, apresentaram mais respostas que o esperado, a referir que "ninguém" incentivou. No segundo, caso foram os fumadores a referir, com maior frequência que a esperada, o incentivo dos filhos.

Quadro CXXX. Cruzamento entre "quem incentivou a deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Incentivo		**Quem incentivou a parar?**		**Total** % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Ninguém †	Sim	24,5	21,9	46,4
	RA	2,6	-2,6	70
	Não	17,2	36,4	53,6
	RA	-2,6	2,6	81
Cônjuge	Sim	8,6	13,9	22,5
				34
	Não	33,1	44,4	77,5
				117
Amigos	Sim	4,6	8,6	13,2
				20
	Não	37,1	49,7	86,8
				131

Incentivo (continuação)		Quem incentivou a parar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Pais	Sim	2,6	9,9	12,6 19
	Não	39,1	48,3	87,4 132
Família	Sim	2,6	8,6	11,3 17
	Não	39,1	49,7	88,7 134
Filhos *	Sim	0,7	8,6	9,3
	RA	-2,8	2,8	14
	Não	41,1	49,7	90,7
	RA	2,8	-2,8	137
Médico ou enfermeiro	Sim	4,6	2,0	6,6 10
	Não	37,1	56,3	93,4 141

Nota: RA = Resíduo ajustado; $^{*}X^2 = 6{,}655$; $gl = 1$; $p = 0{,}010$; $^{\dagger}X^2 = 7{,}588$; $gl = 1$; $p = 0{,}006$.

No grupo de mulheres (ver Quadro CXXXI), em geral "ninguém" incentivou a parar de fumar (39,8%), embora o "cônjuge" seja referido com alguma frequência (27,7%). Nos últimos lugares surgem os incentivos dos "médicos ou enfermeiros" (7,3%) e dos "filhos" (5,2%). Observa-se uma associação significativa entre o hábito tabágico, com o "cônjuge", os "pais", e os "filhos". Em relação ao "cônjuge", existem mais ex-fumadores a referir este apoio do que nos fumadores e, inversamente, mais fumadores a referir o incentivo dos "pais", e dos "filhos", em comparação à categoria dos ex-fumadores.

Quadro CXXXI. Cruzamento entre "quem incentivou a deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Incentivo		Quem incentivou a parar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Ninguém	Sim	17,3	22,5	39,8 76
	Não	22,5	37,7	60,2 115
Cônjuge *	Sim	14,7	13,1	27,7
	RA	2,3	-2,3	53
	Não	25,1	47,1	72,3
	RA	-2,3	2,3	138
Pais †	Sim	3,1	14,7	17,8
	RA	-2,9	2,9	34
	Não	36,6	45,5	82,2
	RA	2,9	-2,9	157

Incentivo (continuação)		Quem incentivou a parar?		Total % *n*
		Ex-fumador %	Fumador %	
Amigos	Sim	4,7	11,0	15,7 30
	Não	35,1	49,2	84,3 161
Família	Sim	2,1	7,9	9,9 19
	Não	37,7	52,4	90,1 172
Médico ou enfermeiro	Sim	2,6	4,7	7,3 14
	Não	37,2	55,5	92,7 177
Filhos ‡	Sim	0,0	5,2	5,2
	RA	-2,6	2,6	10
	Não	39,8	55,0	94,8
	RA	2,6	-2,6	181

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 5{,}206$; $gl = 1$; $p = 0{,}023$; † $X^2 = 8{,}466$; $gl = 1$; $p = 0{,}004$; ‡ $X^2 = 6{,}974$; $gl = 1$; $p = 0{,}008$.

Quando se comparam homens e mulheres (ver Quadro CXXXII), relativamente a quem incentivou a parar de fumar, observa-se uma associação significativa entre o hábito tabágico, o sexo e o "cônjuge". Assim, os homens ex-fumadores relatam menos incentivo por parte do cônjuge, do que seria de esperar, em comparação com as mulheres.

Quadro CXXXII. Cruzamento entre "quem incentivou a deixar de fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Incentivo		Quem incentivou a parar?		Total % *n*
		Homem %	Mulher %	
Ex-fumador				
Cônjuge *	Sim	9,4	20,1	29,5
	RA	-2,1	2,1	41
	Não	36,0	34,5	70,5
	RA	2,1	-2,1	98

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 4{,}351$; $gl = 1$; $p = 0{,}037$.

A referência dos participantes masculinos, ex-fumadores, a "nunca" terem sido aconselhados pelo médico a deixar de fumar (ver Quadro CXXXIII), é a resposta mais frequente (63,5%). No caso dos fumadores, porém, existe um equilíbrio entre os relatos, "nunca" (43,7%) e "algumas vezes" (41,4%) ter sido aconselhado pelo médico a parar. Como existe uma associação significativa entre as categorias em estudo ($X^2 = 6{,}792$; $gl = 2$; $p = 0{,}033$) e recorrendo à análise dos residuais ajustados,

conclui-se existir um número elevado de ex-fumadores que referem "nunca" ter sido aconselhados a parar e um número reduzido que relatam ter sido avisados "algumas vezes". A situação precisamente oposta ocorre na categoria dos fumadores.

Quadro CXXXIII. Cruzamento entre o "conselho do médico para deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico		O médico aconselhou a parar?			Total
		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	% / *n*
Ex-fumador %		63,5	22,2	14,3	100
Resíduo ajustado		2,4	-2,5	-0,1	63
Fumador %		43,7	41,4	14,9	100
Resíduo ajustado		-2,4	2,5	0,1	87
Total	%	52,0	33,3	14,7	100
	n	78	50	22	150
Teste do Qui-Quadrado					
$X^2 = 6{,}792$; $gl = 2$; $p = 0{,}033$					

A referência a "nunca" ter sido aconselhada a parar de fumar (ver Quadro CXXXIV), foi a resposta mais frequente nas mulheres ex-fumadoras (73,7%), bem como nas fumadoras (52,7%). Dado existir uma associação significativa entre as variáveis ($X^2 = 9{,}310$; $gl = 2$; $p = 0{,}010$), pode apurar-se, pela análise dos resíduos ajustados, que as ex-fumadoras referem com mais frequência do que seria esperado (73,7%), "nunca" terem sido aconselhadas a parar e, com menos frequência do que seria de esperar (7,9%), terem "muitas vezes" recebido o conselho médico para deixar de fumar. Pelo contrário, as fumadoras referem, com maior frequência do que seria de esperar, ter sido avisadas "muitas vezes" para parar e, com menor frequência do que seria de esperar, "nunca" ter sido avisadas pelo médico.

Quadro CXXXIV. Cruzamento entre o "conselho do médico para deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico		O médico aconselhou a parar?			Total
		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	% / *n*
Ex-fumador %		73,7	18,4	7,9	100
Resíduo ajustado		2,9	-1,3	-2,4	76
Fumador %		52,7	26,8	20,5	100
Resíduo ajustado		-2,9	1,3	2,4	112
Total	%	61,2	23,4	15,4	100
	n	115	44	29	188
Teste do Qui-Quadrado					
$X^2 = 9{,}310$; $gl = 2$; $p = 0{,}010$					

A comparação entre homens e mulheres, ex-fumadores e fumadores, respeitante ao conselho médico para deixar de fumar (ver Quadro CXXXV), não revelou qualquer associação significativa entre as variáveis. Na categoria dos fumadores, porém, parece notar-se maior tendência para as mulheres serem mais frequentemente ("muitas vezes") aconselhadas a parar do que os homens (20,5 *vs.* 14,9, respectivamente).

Quadro CXXXV. Cruzamento entre o "conselho do médico para deixar de fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	**Sexo**	**O médico aconselhou a parar?**			**Total**
		Nunca	**Algumas vezes**	**Muitas vezes**	% *n*
Ex-fumador	**Homem** %	63,5	22,2	14,3	100 63
	Mulher %	73,7	18,4	7,9	100 76
Total	%	69,1	20,1	10,8	100
	n	96	28	15	139
Teste do Qui-Quadrado					
$X^2 = 2{,}069$; $gl = 2$; $p = 0{,}355$					
Fumador	**Homem** %	43,7	41,4	14,9	100 87
	Mulher %	52,7	26,8	20,5	100 112
Total	%	48,7	33,2	18,1	100
	n	97	66	36	199
Teste do Qui-Quadrado					
$X^2 = 4{,}805$; $gl = 2$; $p = 0{,}091$					

História de tabagismo na família

Os resultados sobre o tabagismo na família, no grupo dos homens, particularmente, no pai (ver Quadro CXXXVI), revela uma associação significativa ($X^2 = 12{,}073$; $gl = 4$; $p = 0{,}017$). Verifica-se, assim, que maioria dos não fumadores (51,3%) e ex-

fumadores (41,9%), referem ter pais que não fumavam, enquanto na categoria de fumadores a maior parte dos pais são ex-fumadores (37,5%) ou fumadores (34,1%).

Quadro CXXXVI. Cruzamento entre a "história de tabagismo no pai" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico	**O pai fuma?**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Não fumador %	51,3	24,3	24,3	100
Resíduo ajustado	3,0	-1,8	-1,5	152
Ex-fumador %	41,9	29,0	29,0	100
Resíduo ajustado	-0,1	0,0	0,2	62
Fumador %	28,4	37,5	34,1	100
Resíduo ajustado	-3,2	2,1	1,5	88
Total %	42,7	29,1	28,1	100
n	129	88	85	302

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 12{,}073$; $gl = 4$; $p = 0{,}017$

No grupo das mulheres não fumadoras (ver Quadro CXXXVII), os pais são maioritariamente não fumadores (39,2%), ao passo que nas ex-fumadoras (41,3%) e nas fumadoras (39,5%), é mais frequente os pais serem ex-fumadores.

Quadro CXXXVII. Cruzamento entre a "história de tabagismo no pai" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	**O pai fuma?**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Não fumador %	39,2	30,4	30,4	100
				263
Ex-fumador %	33,3	41,3	25,3	100
				75
Fumador %	26,3	39,5	34,2	100
				114
Total %	35,0	34,5	30,5	100
n	158	156	138	452

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 8{,}095$; $gl = 4$; $p = 0{,}088$

Em relação ao hábito tabágico das mães, verifica-se que, no grupo dos homens (ver Quadro CXXXVIII), independentemente do tipo de hábito tabágico do filho, a mãe é descrita como não fumadora (84,8%).

Quadro CXXXVIII. Cruzamento entre a "história de tabagismo na mãe" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	A mãe fuma?			Total
	Não fumador	Ex-fumador	Fumador	% *n*
Não fumador %	86,4	7,1	6,5	100 154
Ex-fumador %	85,2	8,2	6,6	100 61
Fumador %	81,8	9,1	9,1	100 88
Total % *n*	84,8 257	7,9 24	7,3 22	100 303
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 0{,}986$; $gl = 4$; $p = 0{,}912$				

Nas mulheres (ver Quadro CXXXIX), nota-se a mesma tendência, ou seja, as mães são maioritariamente classificadas como não fumadoras (80,1%), quer as filhas apresentem, ou não, hábito tabágico.

Quadro CXXXIX. Cruzamento entre a "história de tabagismo na mãe" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico	A mãe fuma?			Total
	Não fumador	Ex-fumador	Fumador	% *n*
Não fumador %	82,6	9,1	8,3	100 264
Ex-fumador %	81,3	6,7	12,0	100 75
Fumador %	73,7	12,3	14,0	100 114
Total % *n*	80,1 363	9,5 43	10,4 47	100 453
Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 5{,}135$; $gl = 4$; $p = 0{,}274$				

No grupo de homens (ver Quadro CXL), regista-se uma associação significativa entre o hábito tabágico do participante e o tabagismo nos irmãos ($X^2 = 14{,}965$; $gl = 4$; $p = 0{,}005$). Nos participantes não fumadores, existem mais irmãos não fumadores (66,1%) e menos irmãos fumadores (23,6%) do que seria de esperar. No caso dos participantes ex-fumadores e fumadores, há maior proporção de irmãos fumadores do que seria de esperar (42,3% *vs.* 46,3%, respectivamente). Na categoria dos fumadores,

aliás, a resposta mais frequente é ter irmãos fumadores (46,3%), em comparação com irmãos não fumadores (44,8%) ou ex-fumadores (9%).

Quadro CXL. Cruzamento entre a "história de tabagismo nos irmãos" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico	Os irmãos fumam?			Total
	Não fumador	Ex-fumador	Fumador	% *n*
Não fumador %	66,1	10,2	23,6	100
Resíduo ajustado	3,5	-0,4	-3,5	127
Ex-fumador %	42,3	15,4	42,3	100
Resíduo ajustado	-2,1	1,1	1,5	52
Fumador %	44,8	9,0	46,3	100
Resíduo ajustado	-2,0	-0,6	2,5	67
Total %	55,3	11,0	33,7	100
Total *n*	136	27	83	246

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 14{,}965$; $gl = 4$; $p = 0{,}005$

A associação do hábito tabágico (ver Quadro CXLI), entre as mulheres participantes e os irmãos, é igualmente significativa ($X^2 = 27{,}307$; $gl = 4$; $p = 0{,}000$). A análise dos resíduos ajustados permite-nos observar que as não fumadoras têm, com maior frequência, irmãos não fumadores (55%), do que irmãos fumadores (36,4%). As ex-fumadoras, referem com menor frequência irmãos não fumadores (33,3%) e mais irmãos ex-fumadores (20%), do que seria de esperar. Em relação às participantes fumadoras, observa-se um número reduzido de irmãos não fumadores (32,5%) e excesso de irmãos fumadores (62,7%).

Quadro CXLI. Cruzamento entre a "história de tabagismo nos irmãos" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico	Os irmãos fumam?			Total
	Não fumador	Ex-fumador	Fumador	% *n*
Não fumador %	55,0	8,6	36,4	100
Resíduo ajustado	4,1	-0,8	-3,6	209
Ex-fumador %	33,3	20,0	46,7	100
Resíduo ajustado	-2,2	3,0	0,4	60
Fumador %	32,5	4,8	62,7	100
Resíduo ajustado	-2,8	-1,7	3,8	83
Total %	46,0	9,7	44,3	100
Total *n*	162	34	156	352

Teste do Qui-Quadrado

$X^2 = 27{,}307$; $gl = 4$; $p = 0{,}000$

No grupo de homens (ver Quadro CXLII), há uma associação significativa entre o hábito tabágico do participante e do cônjuge (X^2 = 29,260; gl = 4; p = 0,000). Os não fumadores têm, maioritariamente, cônjuges não fumadores (79,4%) e, mais raramente, companheiras fumadoras (7,2%). Pelo contrário, os participantes fumadores, referem ter menos cônjuges não fumadores do que seria de esperar (43,1%) e maior proporção de cônjuges fumadores (39,7%).

Quadro CXLII. Cruzamento entre a "história de tabagismo no cônjuge" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico	**O cônjuge fuma?**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% / *n*
Não fumador %	79,4	13,4	7,2	100
Resíduo ajustado	3,9	-0,9	-3,9	97
Ex-fumador %	66,0	19,1	14,9	100
Resíduo ajustado	0,0	0,7	-0,7	47
Fumador %	43,1	17,2	39,7	100
Resíduo ajustado	-4,3	0,3	5,0	58
Total %	65,8	15,8	18,3	100
Total *n*	133	32	37	202

Teste do Qui-Quadrado

X^2 = 29,260; gl = 4; p = 0,000

No grupo de mulheres (ver Quadro CXLIII), existe também uma associação significativa entre as variáveis (X^2 = 32,263; gl = 4; p = 0,000). Nas não fumadoras, nota-se, assim, uma proporção elevada de cônjuges não fumadores (52,9%) e uma proporção reduzida de cônjuges fumadores (29%). Esta relação é inversa à das participantes fumadoras, com mais cônjuges, do que seria de esperar, a fumar (62,2%) e menos cônjuges, do que seria de esperar, não fumadores (20,7%).

Quadro CXLIII. Cruzamento entre a "história de tabagismo no cônjuge" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Hábito tabágico	**O cônjuge fuma?**			**Total**
	Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% / *n*
Não fumador %	52,9	18,1	29,0	100
Resíduo ajustado	4,1	-0,7	-3,6	155
Ex-fumador %	41,5	28,3	30,2	100
Resíduo ajustado	0,0	1,7	-1,4	53
Fumador %	20,7	17,1	62,2	100
Resíduo ajustado	-4,5	-0,7	5,1	82
Total %	41,7	19,7	38,6	100
Total *n*	121	57	112	290

Teste do Qui-Quadrado

X^2 = 32,263; gl = 4; p = 0,000

A maior percentagem dos participantes masculinos (ver Quadro CXLIV), refere que os filhos não fumam (75,8%), independentemente do seu próprio hábito tabágico.

Quadro CXLIV. Cruzamento entre a "história de tabagismo nos filhos" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico		**Os filhos fumam?**			**Total**
		Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Não fumador %		84,5	1,7	13,8	100 58
Ex-fumador %		72,2	5,6	22,2	100 36
Fumador %		65,8	5,3	28,9	100 38
Total	%	75,8	3,8	20,5	100
	n	100	5	27	132
Teste do Qui-Quadrado					
$X^2 = 4{,}961$; $gl = 4$; $p = 0{,}291$					

Numa percentagem semelhante à dos homens, o grupo das mulheres (ver Quadro CXLV) relata, maioritariamente, que os filhos não fumam (75,2%), independentemente do hábito tabágico da participante.

Quadro CXLV. Cruzamento entre a "história de tabagismo nos filhos" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes.

Hábito tabágico		**Os filhos fumam?**			**Total**
		Não fumador	**Ex-fumador**	**Fumador**	% *n*
Não fumador %		79,8	0,0	20,2	100 84
Ex-fumador %		67,9	7,1	25,0	100 28
Fumador %		70,7	2,4	26,8	100 41
Total	%	75,2	2,0	22,9	100
	n	115	3	35	153
Teste do Qui-Quadrado					
$X^2 = 6{,}663$; $gl = 4$; $p = 0{,}155$					

Relato de doenças

De uma forma geral, o número médio de doenças relatadas, no grupo de homens (ver Quadro CXLVI), aumenta, dos não fumadores, para os ex-fumadores. Os ex-

fumadores e os fumadores, por seu turno, são mais semelhantes, relativamente ao relato de doenças. No que diz respeito às doenças de que sofre (X^2 = 25,149; *gl* = 2; *p* = 0,000), bem como ao conjunto de doenças de que sofreu e sofre actualmente (X^2 = 28,912; *gl* = 2; *p* = 0,000), existem diferenças significativas em função do hábito tabágico.

Quadro CXLVI. Comparação do "relato de doenças", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Hábito tabágico		**Doenças que sofreu**	**Doenças que sofre**	**Sofreu e sofre**
Não fumador	*M*	0,4	0,6	1,0
	DP	0,7	1,0	1,1
	n	154	154	154
Ex-fumador	*M*	0,8	1,2	1,9
	DP	1,3	1,2	1,7
	n	63	63	63
Fumador	*M*	0,6	1,3	1,9
	DP	1,0	1,2	1,4
	n	88	88	88
Total	*M*	0,5	0,9	1,5
	DP	0,9	1,1	1,4
	n	305	305	305
Teste de *Kruskal-Wallis*	χ^2	4,051	25,149	28,912
	gl	2	2	2
	p	0,132	0,000	0,000

Através do teste de *Mann-Whitney* (ver Quadro CXLVII), fez-se a comparação múltipla das diferenças de médias, a fim de identificar quais as categorias responsáveis pelo valor estatisticamente significativo no relato de "doenças que sofre" e no total de doenças que "sofreu e sofre". Existem, assim, nas queixas de "doenças que sofre", diferenças significativas entre não fumadores e ex-fumadores (*U* = 3514,000; *p* = 0,000), tal como entre não fumadores e fumadores (*U* = 4540,000; *p* = 0,000). Semelhantes diferenças ocorrem em relação ao total de doenças que "sofreu e sofre", precisamente entre não fumadores e ex-fumadores (*U* = 3276,000; *p* = 0,000) e entre não fumadores e fumadores (*U* = 4345,000; *p* = 0,000).

Quadro CXLVII. Comparação do "relato de doenças", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Mann-Whitney*.

Relato de doenças	Hábito tabágico	*Mann-Whitney*	
		U	***p***
Doenças que sofre	Não fumador Ex-fumador	3514,000	0,000
	Não fumador Fumador	4540,000	0,000
	Ex-fumador Fumador	2674,500	0,702
Sofreu e sofre	Não fumador Ex-fumador	3276,000	0,000
	Não fumador Fumador	4345,000	0,000
	Ex-fumador Fumador	2733,500	0,882

Tal como nos homens, no grupo das mulheres (ver Quadro CXLVIII), observa-se um aumento geral no relato de doenças, particularmente entre a categoria de não fumadores e ex-fumadores. Os ex-fumadores e os fumadores são as categorias mais semelhantes entre si, no que se refere ao relato de doenças. Em relação às "doenças que sofre" (X^2 = 11,985; gl = 2; p = 0,002) e às doenças que "sofreu e sofre" (X^2 = 15,443; gl = 2; p = 0,002), existem diferenças significativas entre as três categorias de hábito tabágico.

Quadro CXLVIII. Comparação do "relato de doenças", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Hábito tabágico		Doenças que sofreu	Doenças que sofre	Sofreu e sofre
Não fumador	*M*	0,6	1,6	2,1
	DP	0,8	1,6	1,8
	n	266	266	266
Ex-fumador	*M*	0,8	2,2	3,0
	DP	1,3	1,7	2,1
	n	76	76	76
Fumador	*M*	0,8	2,0	2,8
	DP	1,1	1,7	2,0
	n	115	115	115
Total	*M*	0,7	1,8	2,5
	DP	1,0	1,7	1,9
	n	457	457	457
Teste de *Kruskal-Wallis*	χ^2	3,825	11,985	15,443
	gl	2	2	2
	p	0,148	0,002	0,000

A comparação múltipla das diferenças de médias, no grupo de mulheres (ver Quadro CXLIX), permite concluir que, no relato das "doenças que sofre", existem diferenças significativas entre as não fumadoras e as ex-fumadoras (U = 7939,000; p = 0,004) e entre as não fumadoras e as fumadoras (U = 12764,000; p = 0,010). No relato das doenças que "sofreu e sofre", as diferenças significativas estabelecem-se, precisamente entre as mesmas categorias de hábito tabágico.

Quadro CXLIX. Comparação do "relato de doenças", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*.

Doenças	**Hábito tabágico**	***Mann-Whitney***	
		U	***p***
Doenças que sofre	Não fumador Ex-fumador	7939,000	0,004
	Não fumador Fumador	12764,000	0,010
	Ex-fumador Fumador	4164,000	0,574
Sofreu e sofre	Não fumador Ex-fumador	7766,000	0,002
	Não fumador Fumador	12242,000	0,002
	Ex-fumador Fumador	4179,500	0,605

Através do Teste dos Sinais de *Wilcoxon* (ver Quadro CL), avaliaram-se as diferenças de médias entre as "doenças que sofreu" e as "doenças que sofre", em cada categoria de hábito tabágico, com estratificação por sexo. Exceptuando o grupo de homens ex-fumadores, observaram-se diferenças significativas nos restantes relatos de doenças, com a variável "doenças que sofre" a apresentar valores médios sistematicamente mais elevados do que a variável "doenças que sofreu".

Quadro CL. Comparação das "doenças que sofreu e sofre", em função hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*.

Hábito tabágico		**Homem**	**Mulher**
		Doenças que <u>sofreu</u> *vs.* doenças que <u>sofre</u>	**Doenças que <u>sofreu</u> *vs.* doenças que <u>sofre</u>**
Não fumador	*Z*	-2,010	-8,104
	p	0,044	0,000
Ex-fumador	*Z*	-1,868	-4,654
	p	0,062	0,000
Fumador	*Z*	-3,276	-5,714
	p	0,001	0,000

Comparando o relato médio de doenças, entre homens e mulheres (ver Quadro CLI), obtêm-se várias diferenças significativas. Na categoria de não fumadores, existem diferenças significativas em todos os tipos de relato de doenças, com as mulheres a apresentarem pontuações médias mais elevadas. Na categoria de ex-fumadores, observam-se diferenças significativas no relato de "doenças que sofre" (U = 1591,000; p = 0,000) e no relato de doenças que "sofreu e sofre" (U = 1717,000; p = 0,004), com pontuações médias mais altas nas mulheres. Na categoria de fumadores, ocorrem precisamente as mesmas diferenças do que na categoria de ex-fumadores, com as mulheres a pontuarem, igualmente, mais do que os homens.

Quadro CLI. Comparação do "relato de doenças", em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	**Relato de doenças**	***Mann-Whitney***	
		U	***p***
Não fumador	Doenças que sofreu	18242,500	0,027
	Doenças que sofre	12627,500	0,000
	Sofreu e sofre	12624,000	0,000
Ex-fumador	Doenças que sofreu	2377,500	0,936
	Doenças que sofre	1591,000	0,000
	Sofreu e sofre	1717,500	0,004
Fumador	Doenças que sofreu	4492,000	0,126
	Doenças que sofre	3752,500	0,001
	Sofreu e sofre	3686,500	0,001

Consumo de bebidas estimulantes

De uma forma geral, no grupo de homens (ver Quadro CLII), observa-se uma tendência para o consumo de bebidas estimulantes aumentar, dos não fumadores para os ex-fumadores e destes para os fumadores. Este aumento regista-se quer durante a semana, quer ao fim-de-semana, sendo particularmente significativo no que se refere ao café.

Quadro CLII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Bebidas estimulantes	**Não fumador (*n* = 154)**		**Ex-fumador (*n* = 63)**		**Fumador (*n* = 88)**	
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
Bebe cerveja?						
Semana	0,3	0,8	0,4	1,2	0,5	1,3
Fim-de-semana	0,6	1,3	0,8	1,7	1,8	2,7
Bebe vinho?						
Semana	0,5	1,2	1,0	1,8	0,7	1,1
Fim-de-semana	0,8	1,4	1,1	1,4	1,1	1,5
Bebe digestivos?						
Semana	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5
Fim-de-semana	0,3	0,8	0,3	0,7	0,8	1,6
Bebe café?						
Semana	1,5	1,5	2,1	1,6	3,4	2,3
Fim-de-semana	1,1	1,2	1,7	1,3	2,3	1,4
Bebe chá?						
Semana	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3
Fim-de-semana	0,1	0,3	0,2	0,6	0,1	0,4

No grupo de homens, avaliou-se a existência de diferenças no consumo de bebidas estimulantes, em função do hábito tabágico, recorrendo ao Teste de *Kruskal-Wallis* (ver Quadro CLIII). Observaram-se, assim, diferenças significativas no consumo de cerveja, ao fim-de-semana, de vinho, durante a semana, de bebidas digestivas e de café, durante a semana e ao fim-de-semana.

Quadro CLIII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Kruskal-Wallis*.

Bebidas estimulantes		**Háb. tab.**	***n***	χ^2	***gl***	***p***
Bebe cerveja?	Semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	2,73	2	0,255
		Fumador	88			
	Fim-de-semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	14,38	2	0,001
		Fumador	88			
Bebe vinho?	Semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	7,06	2	0,029
		Fumador	88			
	Fim-de-semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	4,85	2	0,089
		Fumador	88			

Bebidas estimulantes (continuação)		**Háb. tab.**	***n***	χ^2	***gl***	***p***
Bebe digestivos?	Semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	10,21	2	0,006
		Fumador	88			
	Fim-de-semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	11,19	2	0,004
		Fumador	88			
Bebe café?	Semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	56,14	2	0,000
		Fumador	88			
	Fim-de-semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	44,68	2	0,000
		Fumador	88			
Bebe chá?	Semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	3,21	2	0,201
		Fumador	88			
	Fim-de-semana	Não fumador	154			
		Ex-fumador	63	3,24	2	0,197
		Fumador	88			

Para identificar quais as categorias de hábito tabágico, no grupo de homens, responsáveis pelas diferenças no consumo de bebidas, durante a semana e ao fim-de-semana, fizeram-se Testes *Mann-Whitney* (ver Quadro CLIV). Verifica-se, assim, que o consumo de cerveja ao fim-de-semana é significativamente menor nos não fumadores, do que nos fumadores e também mais reduzido nos ex-fumadores, do que nos fumadores. O consumo de vinho durante a semana, é menor nos não fumadores, do que nos ex-fumadores ou nos fumadores. O consumo de digestivos, durante a semana e ao fim-de-semana, é significativamente menor nos não fumadores, do que nos fumadores. Ao fim-de-semana, os ex-fumadores consomem também menos digestivos do que os fumadores. Relativamente ao café, ingerido semanalmente ou ao fim-de-semana, existem diferenças significativas entre todas as categorias do hábito tabágico, com os não fumadores a beberem menos, seguidos dos ex-fumadores e, por fim, os fumadores, com o maior nível de consumo.

Quadro CLIV. Comparação emparelhada do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Mann-Whitney*.

Bebidas estimulantes		**Háb. tab.**	***Mann-Whitney***		
			M (rank)	***U***	***p***
Bebe cerveja?	Fim-de-semana	Não fumador Ex-fumador	107,94 111,59	4688,00	0,627
		Não fumador Fumador	110,75 140,32	5120,00	0,000
		Ex-fumador Fumador	67,06 82,40	2209,00	0,017
Bebe vinho?	Semana	Não fumador Ex-fumador	103,95 121,34	4073,50	0,018
		Não fumador Fumador	116,05 131,05	5936,00	0,041
		Ex-fumador Fumador	78,02 74,56	2645,00	0,577
Bebe digestivos?	Semana	Não fumador Ex-fumador	108,52 110,17	4777,00	0,589
		Não fumador Fumador	116,93 129,50	6072,00	0,002
		Ex-fumador Fumador	72,12 78,78	2527,50	0,075
	Fim-de-semana	Não fumador Ex-fumador	109,28 108,31	4807,50	0,878
		Não fumador Fumador	113,61 135,30	5561,50	0,002
		Ex-fumador Fumador	67,91 81,79	2262,50	0,015
Bebe café?	Semana	Não fumador Ex-fumador	101,02 128,51	3622,00	0,003
		Não fumador Fumador	96,75 164,81	2965,00	0,000
		Ex-fumador Fumador	61,40 86,45	1852,00	0,000
	Fim-de-semana	Não fumador Ex-fumador	100,79 129,06	3587,00	0,002
		Não fumador Fumador	99,76 159,54	3428,50	0,000
		Ex-fumador Fumador	65,33 83,64	2100,00	0,009

Com excepção do chá e do consumo de vinho, nos ex-fumadores masculinos (ver Quadro CLV), registam-se diferenças significativas no padrão semanal de consumo das restantes bebidas estimulantes. No caso das bebidas alcoólicas, há um aumento na ingestão ao fim-de-semana, contrariamente ao que ocorre com o café, em que se verifica uma diminuição significativa no consumo durante o fim-de-semana.

Quadro CLV. Comparação entre "o consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*.

Bebidas estimulantes	**Não fumador**		**Ex-fumador**		**Fumador**	
	z	***p***	***z***	***p***	***z***	***p***
Bebe cerveja? Semana Fim-de-semana	-3,694	0,000	-2,629	0,009	-4,865	0,000
Bebe vinho? Semana Fim-de-semana	-4,389	0,000	-1,562	0,118	-3,170	0,002
Bebe digestivos? Semana Fim-de-semana	-4,616	0,000	-2,549	0,011	-4,287	0,000
Bebe café? Semana Fim-de-semana	-4,365	0,000	-2,761	0,006	-4,804	0,000
Bebe chá? Semana Fim-de-semana	-1,000	0,317	-0,577	0,564	-0,649	0,516

No grupo de mulheres, o maior aumento no consumo de bebidas, quer durante a semana, quer ao fim-de-semana, verifica-se em relação ao café, com os não fumadores a beberem menos que os ex-fumadores e estes, por sua vez, a beberem menos que os fumadores (ver Quadro CLVI).

Quadro CLVI. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média e desvio-padrão.

Bebidas estimulantes	**Não fumador (*n* = 265)**		**Ex-fumador (*n* = 76)**		**Fumador (*n* = 115)**	
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
Bebe cerveja?						
Semana	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,6
Fim-de-semana	0,2	0,7	0,3	0,8	0,6	1,4
Bebe vinho?						
Semana	0,1	0,3	0,0	0,3	0,1	0,3
Fim-de-semana	0,2	0,7	0,2	0,7	0,4	1,0
Bebe digestivos?						
Semana	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Fim-de-semana	0,1	0,4	0,1	0,5	0,4	0,9
Bebe café?						
Semana	1,2	1,4	2,1	1,5	2,7	1,9
Fim-de-semana	1,0	1,1	1,5	1,2	2,0	1,7
Bebe chá?						
Semana	0,1	0,4	0,1	0,6	0,1	0,4
Fim-de-semana	0,1	0,3	0,1	0,7	0,1	0,5

No grupo das mulheres (ver Quadro CLVII) e estratificando por hábito tabágico, registam-se diferenças no consumo de bebidas, relativamente ao consumo de cerveja e de café, durante a semana e ao fim-de-semana. Em função do hábito tabágico, também é significativa a diferença no consumo médio de bebidas digestivas, ao fim-de-semana.

Quadro CLVII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Kruskal-Wallis*.

Bebidas estimulantes		**Háb. tab.**	***n***	χ^2	***gl***	***p***
Bebe cerveja?	Semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	7,57	2	0,023
		Fumador	115			
	Fim-de-semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	13,30	2	0,001
		Fumador	115			
Bebe vinho?	Semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	3,02	2	0,221
		Fumador	115			
	Fim-de-semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	1,92	2	0,383
		Fumador	115			
Bebe digestivos?	Semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	2,87	2	0,238
		Fumador	115			
	Fim-de-semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	14,06	2	0,001
		Fumador	115			
Bebe café?	Semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	71,35	2	0,000
		Fumador	115			
	Fim-de-semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	40,78	2	0,000
		Fumador	115			
Bebe chá?	Semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	2,97	2	0,226
		Fumador	115			
	Fim-de-semana	Não fumador	265			
		Ex-fumador	76	1,39	2	0,499
		Fumador	115			

A fim de identificar a natureza das diferenças entre as categorias de hábito tabágico, relativamente ao consumo de bebidas, fizeram-se comparações entre as diferenças de médias (ver Quadro CLVIII). Através do Teste de *Mann-Whitney*,

conclui-se que existem diferenças no consumo semanal de cerveja, entre as mulheres não fumadoras e as fumadoras, com as últimas a ingerir maior quantidade. Ao fim-de-semana, as não fumadoras bebem significativamente menos cerveja que as ex-fumadoras e, especialmente, que as fumadoras. Em termos das bebidas digestivas, ingeridas ao fim-de-semana, verifica-se que as não fumadoras e as ex-fumadoras, consomem significativamente menos que as fumadoras. Quanto ao café, a diferença média no seu consumo aumenta sistematicamente, das mulheres não fumadoras, para as ex-fumadoras e destas para as fumadoras, quer durante a semana, quer ao fim-de-semana.

Quadro CLVIII. Comparação emparelhada do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*.

Bebidas estimulantes		**Háb. tab.**	***Mann-Whitney***		
			M (rank)	***U***	***p***
Bebe cerveja?	Semana	Não fumador	170,29	9881,00	0,181
		Ex-fumador	173,49		
		Não fumador	187,93	14555,50	0,005
		Fumador	196,43		
		Ex-fumador	94,49	4255,000	0,376
		Fumador	97,00		
	Fim-de-semana	Não fumador	167,67	9187,00	0,027
		Ex-fumador	182,62		
		Não fumador	183,03	13259,00	0,000
		Fumador	207,70		
		Ex-fumador	93,24	4160,000	0,415
		Fumador	97,83		
Bebe digestivos?	Fim-de-semana	Não fumador	171,10	10043,00	0,940
		Ex-fumador	170,64		
		Não fumador	183,10	13276,00	0,000
		Fumador	207,56		
		Ex-fumador	88,56	3804,500	0,017
		Fumador	100,92		
Bebe café?	Semana	Não fumador	156,99	6356,500	0,000
		Ex-fumador	219,86		
		Não fumador	162,40	7792,000	0,000
		Fumador	255,24		
		Ex-fumador	85,82	3596,000	0,034
		Fumador	102,73		
	Fim-de-semana	Não fumador	161,61	7582,500	0,001
		Ex-fumador	203,73		
		Não fumador	168,78	9482,000	0,000
		Fumador	240,55		
		Ex-fumador	87,10	3693,500	0,063
		Fumador	101,88		

Exceptuando o chá, observam-se diferenças significativas no consumo que as mulheres fazem das restantes bebidas, durante a semana e ao fim-de-semana (ver Quadro CLIX). Em relação às bebidas alcoólicas existe um aumento do seu consumo ao fim-de-semana e, de forma contrária, uma diminuição no número médio de cafés bebidos por dia.

Quadro CLIX. Comparação entre o "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*.

Bebidas estimulantes	**Não fumador**		**Ex-fumador**		**Fumador**	
	z	***p***	***z***	***p***	***z***	***p***
Bebe cerveja? Semana Fim-de-semana	-4,094	0,000	-2,961	0,003	-4,017	0,000
Bebe vinho? Semana Fim-de-semana	-4,370	0,000	-2,913	0,004	-3,165	0,002
Bebe digestivos? Semana Fim-de-semana	-4,112	0,000	-2,232	0,026	-4,283	0,000
Bebe café? Semana Fim-de-semana	-2,567	0,010	-3,631	0,000	-4,905	0,000
Bebe chá? Semana Fim-de-semana	-0,608	0,543	-0,541	0,589	-0,159	0,873

Fazendo a comparação do consumo médio de bebidas estimulantes, entre homens e mulheres, na categoria de não fumadores (ver Quadro CLX), verifica-se que, em média, os homens ingerem mais bebidas do que as mulheres, exceptuando o chá. Todas estas diferenças são estatisticamente significativas, menos as que se referem ao consumo de café e chá, no fim-de-semana.

Quadro CLX. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do sexo, no grupo de não fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

Não fumador		**Homem (*n* = 154)**	**Mulher (*n* = 266)**	***Mann-Whitney***	
Bebidas estimulantes		*M* *DP*	*M* *DP*	***U***	***p***
Bebe cerveja?	Semana	0,3 0,8	0,0 0,1	17568,000	0,000
	Fim-de-semana	0,6 1,3	0,2 0,7	16298,500	0,000
Bebe vinho?	Semana	0,5 1,2	0,1 0,3	16712,500	0,000
	Fim-de-semana	0,8 1,4	0,2 0,7	15381,500	0,000
Bebe digestivos?	Semana	0,1 0,3	0,0 0,1	19893,500	0,017
	Fim-de-semana	0,3 0,8	0,1 0,4	18296,000	0,001
Bebe café?	Semana	1,5 1,5	1,2 1,4	18180,000	0,045
	Fim-de-semana	1,1 1,2	1,0 1,1	19916,500	0,619
Bebe chá?	Semana	0,1 0,3	0,1 0,4	19178,000	0,031
	Fim-de-semana	0,1 0,3	0,1 0,3	19853,500	0,308

Tal como na categoria de não fumadores, os homens ex-fumadores consomem, em média, mais bebidas do que as mulheres ex-fumadoras (ver Quadro CLXI), novamente com excepção do chá. Esta diferença é estatisticamente significativa para os consumos médios de cerveja e vinho.

Quadro CLXI. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

Ex-fumador		**Homem (*n* = 63)**	**Mulher (*n* = 76)**	***Mann-Whitney***	
Bebidas estimulantes		*M* *DP*	*M* *DP*	***U***	***p***
Bebe cerveja?	Semana	0,4 1,2	0,0 0,2	1959,000	0,001
	Fim-de-semana	0,8 1,7	0,3 0,8	2046,500	0,046
Bebe vinho?	Semana	1,0 1,8	0,0 0,3	1517,500	0,000
	Fim-de-semana	1,1 1,4	0,2 0,7	1456,500	0,000
Bebe digestivos?	Semana	0,1 0,3	0,0 0,0	2280,000	0,055
	Fim-de-semana	0,3 0,7	0,1 0,5	2163,500	0,086
Bebe café?	Semana	2,1 1,6	2,1 1,5	2388,000	0,979
	Fim-de-semana	1,7 1,3	1,5 1,2	2222,000	0,453
Bebe chá?	Semana	0,1 0,4	0,1 0,6	2259,500	0,224
	Fim-de-semana	0,2 0,6	0,1 0,7	2256,500	0,249

No que se refere aos fumadores (ver Quadro CLXII) e com excepção do chá, registam-se consumos médios de bebidas, superiores nos homens, em comparação com as mulheres. Com exclusão do chá, a diferença na média de consumos é significativa para todas as bebidas.

Quadro CLXII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do sexo, no grupo de fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

Fumador		**Homem (*n* = 88)**	**Mulher (*n* = 115)**	***Mann-Whitney***	
Bebidas estimulantes		*M* *DP*	*M* *DP*	***U***	***p***
Bebe cerveja?	Semana	0,5 1,3	0,1 0,6	4167,000	0,000
	Fim-de-semana	1,8 2,7	0,6 1,4	3599,500	0,000
Bebe vinho?	Semana	0,7 1,1	0,1 0,3	3585,500	0,000
	Fim-de-semana	1,1 1,5	0,4 1,0	3575,500	0,000
Bebe digestivos?	Semana	0,2 0,5	0,0 0,1	4455,000	0,001
	Fim-de-semana	0,8 1,6	0,4 0,9	4277,500	0,016
Bebe café?	Semana	3,4 2,3	2,7 1,9	4255,000	0,048
	Fim-de-semana	2,3 1,4	2,0 1,7	4264,000	0,048
Bebe chá?	Semana	0,1 0,3	0,1 0,4	4888,500	0,330
	Fim-de-semana	0,1 0,4	0,1 0,5	4894,500	0,347

As pontuações médias obtidas no CAGE, pelo grupo de homens (ver Quadro CLXIII), revelam diferenças estatisticamente significativas (χ^2 = 17,636; *gl* = 2; *p* = 0,000), em função das categorias do hábito tabágico. Observa-se que os não fumadores têm pontuações médias mais baixas (*M* = 0,11; *DP* = 0,23) que os ex-fumadores (*M* = 0,24; *DP* = 0,3) e os fumadores (*M* = 0,24; *DP* = 0,32).

Quadro CLXIII. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.

CAGE	**Não fumador (*n* = 154)**		**Ex-fumador (*n* = 63)**		**Fumador (*n* = 88)**		**Total (*n* = 305)**	
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
	0,11	0,23	0,24	0,30	0,24	0,32	0,24	0,32
Teste de *Kruskal-Wallis*								
χ^2 = 17,636; *gl* = 2; *p* = 0,000								

Pela comparação múltipla das diferenças de médias do CAGE (ver Quadro CLXIV), verifica-se, como seria de esperar, que existem diferenças significativas dos

não fumadores, relativamente aos ex-fumadores (U = 3645,000; p = 0,000) e aos fumadores (U = 5272,000; p = 0,000).

Quadro CLXIV. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	*p*
Não fumador Ex-fumador	3645,000	0,000
Não fumador Fumador	5272,000	0,000
Ex-fumador Fumador	2715,500	0,814

No grupo das mulheres (ver Quadro CLXV), existem igualmente diferenças significativas nas pontuações médias do CAGE (χ^2 = 17,880; gl = 2; p = 0,000), tendo em conta o hábito tabágico. Verifica-se, assim, que as não fumadoras (M = 0,03; DP = 0,12) têm pontuações mais baixas que as ex-fumadoras (M = 0,1; DP = 0,19) e que as fumadoras (M = 0,09; DP = 0,19).

Quadro CLXV. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

CAGE	**Não fumador (n = 266)**		**Ex-fumador (n = 76)**		**Fumador (n = 155)**		**Total (n = 457)**	
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
	0,03	0,12	0,10	0,19	0,09	0,19	0,09	0,19
Teste de *Kruskal-Wallis* χ^2 = 17,880; gl = 2; p = 0,000								

Os sucessivos testes de *Mann-Whitney* (ver Quadro CLXVI), confirmam que as não fumadores se diferenciam das ex-fumadoras (U = 8599,500; p = 0,000) e das fumadoras (U = 13373,500; p = 0,000).

Quadro CLXVI. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	*p*
Não fumador Ex-fumador	8599,500	0,000
Não fumador Fumador	13373,500	0,000
Ex-fumador Fumador	4268,500	0,702

Comparando as pontuações médias do CAGE, entre os homens e as mulheres (ver Quadro CLXVII), podemos observar que, em todas as categorias do hábito tabágico, os homens apresentam pontuações significativamente superiores ao das mulheres.

Quadro CLXVII. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	**Homens**			**Mulheres**			**Total**			***Mann-Whitney***	
	M	*DP*	*n*	*M*	*DP*	*n*	*M*	*DP*	*n*	*U*	*p*
Não fumador	0,11	0,23	154	0,03	0,12	266	0,06	0,17	420	17289,500	0,000
Ex-fumador	0,24	0,30	63	0,10	0,19	76	0,16	0,26	139	1746,500	0,001
Fumador	0,24	0,32	88	0,09	0,19	115	0,27	0,15	203	3734,500	0,000

Características particulares dos não fumadores

Quando se pergunta aos homens e às mulheres não fumadoras (ver Quadro CLXVIII), se "alguma vez experimentaram fumar", verifica-se que a maior parte dos participantes já experimentaram fumar (n = 247; 75,5%). Existe, adicionalmente, uma associação significativa entre o sexo e já ter experimentado fumar (χ^2 = 4,976; gl = 1; p = 0,026), com mais mulheres do que seria de esperar (73,8%), a referir nunca ter experimentado e, pelo contrário, mais homens do que o esperado, a relatar já alguma vez na vida ter experimentado fumar um cigarro (40,1%).

Quadro CLXVIII. Cruzamento entre "os não fumadores que alguma vez experimentaram fumar" e o sexo - Percentagem de participantes.

Alguma vez experimentou fumar?		**Homem**	**Mulher**	**Total** % *n*
Não %		26,3	73,8	100
Resíduo ajustado		-2,2	2,2	80
Sim %		40,1	59,9	100
Resíduo ajustado		2,2	-2,2	247
Total	%	36,7	63,3	100
	n	120	207	327

Teste do Qui-Quadrado

χ^2 = 4,976; gl = 1; p = 0,026

A principal razão apresentada pelos homens e mulheres não fumadores (ver Quadro CLXIX), para nunca se terem tornado fumadores, relacionou-se com argumentos de natureza sensorial (39,8%), particularmente o mau sabor, o mau cheiro, terem-se engasgado ou sentido cefaleias após uma experiência com os cigarros. Razões emocionais, por exemplo não gostar da imagem do fumador ou de cigarros (37,9%) e os malefícios associados ao tabagismo (29,5%), foram argumentos relatados como importantes para nunca se tornarem fumadores. Verifica-se, também, que existe associação significativa entre o sexo e dois dos argumentos para nunca se ter tronado fumador: "malefícios para a saúde" (X^2 = 16,804; gl = 1; p = 0,000) e "desporto" (X^2 = 10,525; gl = 1; p = 0,001.). No primeiro caso, existem menos homens, do que seria de esperar, a referir preocupação com os riscos associados ao tabagismo, enquanto, no segundo caso, existem menos mulheres a relatar nunca se terem tornado fumadoras, por praticar algum desporto.

Quadro CLXIX. Cruzamento entre "as razões para não fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Razões		**Porque razão nunca fumou?**		**Total** % *n*
		Homem %	Mulher %	
Sensorial (ex. mau sabor ou cheiro)	Sim	12,9	26,9	39,8 167
	Não	23,8	36,4	60,2 253
Emocional (ex. não gostar de fumadores ou cigarros)	Sim	11,9	26,0	37,9 159
	Não	24,8	37,4	62,1 261
Malefícios para a saúde *	Sim RA	6,4 -4,1	23,1 4,1	29,5 124
	Não RA	30,2 4,1	40,2 -4,1	70,5 296
Educação parental	Sim	6,9	12,1	19,0 80
	Não	29,8	51,2	81,0 340
Alguém na família fumava	Sim	1,2	5,0	6,2 26
	Não	35,5	58,3	93,8 394
Por oposição / resistência à moda	Sim	1,4	2,9	4,3 18
	Não	35,2	60,5	95,7 402

Razões (continuação)		Porque razão nunca fumou?		Total % *n*
		Homem %	Mulher %	
Porque os amigos também não fumavam	Sim	1,4	2,9	4,3 18
	Não	35,2	60,5	95,7 402
Por praticar desporto †	Sim RA	2,9 3,2	1,0 -3,2	3,8 16
	Não RA	33,8 -3,2	62,4 3,2	96,2 420
Algum familiar adoeceu por causa do tabaco	Sim	0,5	2,1	2,6 11
	Não	36,2	61,2	97,4 409
Por ser asmático ou ter por problemas respiratórios	Sim	0,5	2,1	2,6 11
	Não	36,2	61,2	97,4 409
Questão de geração ("na minha geração não se fumava")	Sim	0,2	1,2	1,4 6
	Não	36,4	62,1	98,6 414

Nota: RA = Resíduo ajustado; $^{*}X^2 = 16{,}804$; $gl = 1$; $p = 0{,}000$; $^{\dagger}X^2 = 10{,}525$; $gl = 1$; $p = 0{,}001$.

Características particulares dos fumadores

Ao perguntar em que situações os homens fumam mais (ver Quadro CLXX), a resposta com maior frequência é "quando bebe (ex. café ou álcool)" (30,5%), enquanto as mulheres referem ser "quando estão tensas ou nervosas" (42,9%). Em segundo lugar, quer os homens (26,6%), quer as mulheres (39,4%), indicam como razão para fumar mais, o facto de "sair à noite". "De manhã" parece ser a situação que menos suscita o desejo de fumar (1%). Existe, também, uma associação significativa entre o hábito tabágico, o sexo, o estar "tenso ou nervoso" e o "estar sem fazer nada". Em comparação aos homens, existem mais mulheres do que seria de esperar, a relatar fumar mais quando "está tensa ou nervosa". O inverso ocorre em relação à situação de "estar sem fazer nada", com maior proporção de homens a alegar fumar mais nestas ocasiões.

Quadro CLXX. Cruzamento entre "as situações em que fuma mais", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.

Situações		**Em que situações fuma mais?**		**Total** % *n*
		Homem %	Mulher %	
Quando está tenso(a) ou nervoso(a) *	Sim	25,6	42,9	68,5
	RA	-2,5	2,5	139
	Não	17,7	13,8	31,5
	RA	2,5	-2,5	64
Quando bebe (ex. café ou álcool)	Sim	30,5	33,5	64,0 130
	Não	12,8	23,2	36,0 73
Quando sai à noite	Sim	26,6	39,4	66,0 134
	Não	16,7	17,2	34,0 69
Quando convive com os amigos	Sim	24,1	28,6	52,7 107
	Não	19,2	28,1	47,3 96
Quando está a trabalhar	Sim	14,3	14,3	28,6 58
	Não	29,1	42,4	71,4 145
Quando está sem fazer nada †	Sim	14,3	11,3	25,6
	RA	2,1	-2,1	52
	Não	29,1	45,3	74,4
	RA	-2,1	2,1	151
Quando vê os outros fumar	Sim	10,8	16,3	27,1 55
	Não	32,5	40,4	72,9 148
Quando está descontraído	Sim	8,9	11,3	20,2 41
	Não	34,5	45,3	79,8 162
Quando está sozinho(a)	Sim	9,9	9,9	19,7 40
	Não	33,5	46,8	80,3 163
De manhã	Sim	1,0	0,0	1,0 2
	Não	42,4	56,7	99,0 201

Nota: RA = Resíduo ajustado; * $X^2 = 6{,}334$; $gl = 1$; $p = 0{,}012$; † $X^2 = 4{,}391$; $gl = 1$; $p = 0{,}036$.

Os fumadores, quando interrogados sobre "até que ponto é importante parar de fumar" (ver Quadro CLXXI), manifestam interesse moderado em tomar essa decisão (M = 3,4; DP = 1,7). Existem, porém, diferenças significativas entre homens e mulheres (U = 4129,500; p = 0,028), com a população masculina a apresentar pontuações médias mais elevadas quanto à importância de deixar de fumar.

Quadro CLXXI. Comparação da "importância de parar de fumar", em função do sexo - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

De 0 a 5 até que ponto é importante parar de fumar?		
Homem	*M*	3,6
	DP	1,7
	n	87
Mulher	*M*	3,2
	DP	1,7
	n	115
Total	*M*	3,4
	DP	1,7
	n	202
Teste de *Mann-Whitney*		
U = 4129,500; p = 0,028		

Em relação à pontuação média obtida na Escala de Motivação para Deixar de Fumar (ver Quadro CLXXII), os homens e as mulheres fumadoras, apresentam valores semelhantes. A pontuação média total de 2,8 (DP = 1,2) situa-se aproximadamente a meio da Escala, cujo valor máximo é de 5 pontos.

Quadro CLXXII. Comparação da "motivação para deixar de fumar", em função do sexo - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

Escala de Motivação para Deixar de Fumar		
Homem	*M*	2,9
	DP	1,2
	n	88
Mulher	*M*	2,8
	DP	1,2
	n	114
Total	*M*	2,8
	DP	1,2
	n	202
Teste de *Mann-Whitney*		
U = 4565,000; p = 0,273		

4.1.2. Perfil emocional

No grupo de homens, não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre as categorias do hábito tabágico, relativamente às pontuações médias obtidas nas escalas do perfil emocional (ver Quadro CLXXIII). Assim, são semelhante as pontuações médias obtidas por não fumadores, ex-fumadores e fumadores, relativamente aos vários instrumentos utilizados.

Quadro CLXXIII. Comparação do perfil emocional, em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Hábito tabágico		**BS**	**BDI®**	**PSS-10**	**STAI®-Y2**
Não fumador	*M*	11,9	0,2	1,3	1,8
	DP	4,4	0,2	0,6	0,5
	n	153	153	153	153
Ex-fumador	*M*	12,1	0,2	1,3	1,8
	DP	4,7	0,2	0,6	0,4
	n	62	62	62	62
Fumador	*M*	12,1	0,2	1,5	1,8
	DP	4,6	0,2	0,7	0,5
	n	88	88	87	87
Total	*M*	12,0	0,2	1,3	1,8
	DP	4,5	0,2	0,7	0,5
	n	303	303	302	302
Teste de *Kruskal-Wallis*	χ^2	0,029	5,007	3,850	1,419
	gl	2	2	2	2
	p	0,985	0,082	0,146	0,492

Agregando os participantes masculinos (ver Quadro CLXXIV), sem (não fumador) e com história de hábito tabágico (ex-fumador e fumador), passam a observar-se diferenças significativas nas pontuações médias obtidas no BDI® (U = 9845,00; p = 0,027). Nesta situação, os não fumadores apresentam pontuações médias mais baixas que os participantes com história de hábito tabágico (M = 0,1667 *vs.* M = 0,2015).

Quadro CLXXIV. Comparação do perfil emocional, em função da história de hábito tabágico (sem / com), no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Hábito tabágico		BS	BDI®	PSS-10	STAI®-Y2
Sem hist. háb. tab. (não fumadores)	*M*	11,9	0,1667	1,3	1,8
	DP	4,4	0,2	0,6	0,5
	n	153	153	153	153
Com hist. háb. tab. (ex + fumadores)	*M*	12,1	0,2015	1,4	1,8
	DP	4,6	0,2	0,7	0,5
	n	150	150	149	149
Total	*M*	12,0	0,1839	1,3	1,8
	DP	4,5	0,2	0,7	0,5
	n	303	303	302	302
Teste de *Mann-Whitney*	*U*	11352,00	9845,00	10609,00	10664,00
	p	0,872	0,027	0,297	0,332

Relativamente às mulheres, as pontuações médias obtidas no BDI® (*M* = 0,3; *DP* = 0,3) e no STAI®-Y2 (*M* = 2; *DP* = 0,5), pelos participantes das diferentes categorias de hábito tabágico, são exactamente iguais e na PSS-10 os valores são muito aproximados (ver Quadro CLXXV). No que se refere à BS, existem diferenças estatisticamente significativas (X^2 = 12,445; *gl* = 2; *p* = 0,002), com as ex-fumadoras a apresentarem pontuações mais elevadas (*M* = 14; *DP* = 4,2), seguidas das fumadoras (*M* = 13,7; *DP* = 3,6) e, finalmente, das não fumadoras (*M* = 12,7; *DP* = 3,6).

Quadro CLXXV. Comparação do perfil emocional, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Hábito tabágico		BS	BDI®	PSS-10	STAI®-Y2
Não fumador	*M*	12,7	0,3	1,6	2,0
	DP	3,6	0,3	0,6	0,5
	n	265	265	265	264
Ex-fumador	*M*	14,0	0,3	1,6	2,0
	DP	4,2	0,3	0,6	0,5
	n	75	75	75	75
Fumador	*M*	13,7	0,3	1,8	2,0
	DP	3,6	0,3	0,7	0,5
	n	115	115	115	115
Total	*M*	13,2	0,3	1,7	2,0
	DP	3,8	0,3	0,6	0,5
	n	455	455	455	454
Teste de *Kruskal-Wallis*	χ^2	12,333	2,406	3,552	0,639
	gl	2	2	2	2
	p	0,002	0,300	0,169	0,726

Pela comparação das diferenças de médias, verifica-se que as mulheres não fumadoras têm pontuações significativamente mais baixas na BS, do que as ex-fumadoras (U = 7875,500; p = 0,006) e as fumadoras (U = 12469,500; p = 0,005), não existindo diferenças significativas entre ex-fumadoras e fumadoras (ver Quadro CLXXVI).

Quadro CLXXVI. Comparação da pontuação média obtida na BS, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	***Mann-Whitney***	
	U	***p***
Não fumador Ex-fumador	7875,500	0,006
Não fumador Fumador	12469,500	0,005
Ex-fumador Fumador	4143,500	0,648

No caso das mulheres (ver Quadro CLXXVII), a agregação das participantes sem (não fumador) e com história de hábito tabágico (ex-fumador e fumador), não altera a relação entre as variáveis relativas ao hábito tabágico e ao perfil emocional. Confirma-se, novamente, a diferença significativa na pontuação média obtida na BS (U = 20242,50; p = 0,000).

Quadro CLXXVII. Comparação do perfil emocional, em função da história de hábito tabágico (sem / com), no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Hábito tabágico		**BS**	**BDI®**	**PSS-10**	**STAI®-Y2**
Sem	*M*	12,7	0,3	1,7	2,0
hist. háb. tab.	*DP*	3,6	0,3	0,6	0,5
(não fumadores)	*n*	264	264	264	263
Com	*M*	13,8	0,3	1,7	2,0
hist. háb. tab.	*DP*	3,8	0,3	0,6	0,5
(ex + fumadores)	*n*	190	190	190	190
	M	13,2	0,3	1,7	2,0
Total	*DP*	3,8	0,3	0,6	0,5
	n	454	454	454	453
Teste de *Mann-Whitney*	*U*	20242,50	23879,50	23633,00	24363,00
	p	0,000	0,377	0,293	0,651

As maiores diferenças no perfil emocional registam-se quando se comparam os homens e as mulheres, estratificados por hábito tabágico (ver Quadro CLXXVIII).

Em todas as categorias do hábito tabágico existem diferenças significativas entre homens e mulheres, na pontuação média do PSS-10 e do STAI®-Y2. Registam-se, adicionalmente, diferenças significativas nas categorias dos ex-fumadores (U = 1746,000; p = 0,012) e dos fumadores (U = 3910,500; p = 0,006), relativamente às pontuações médias da BS e, nos não fumadores, diferenças no BDI® (U = 14468,500; p = 0,000).

Quadro CLXXVIII. Comparação do perfil emocional, em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

Hábito tabágico	**Perfil emocional**	**Homem**			**Mulher**			***Mann-Whitney***	
		M	*DP*	*n*	*M*	*DP*	*n*	*U*	*p*
Não fumador	BS	11,9	4,4	153	12,7	3,6	265	18460,000	0,128
	BDI®	0,2	0,2	153	0,3	0,3	265	14468,500	0,000
	PSS-10	1,3	0,6	153	1,6	0,6	265	13783,500	0,000
	STAI®-Y2	1,8	0,5	153	2,0	0,5	264	14961,500	0,000
Ex-fumador	BS	12,1	4,7	62	14,0	4,2	75	1746,000	0,012
	BDI®	0,2	0,2	62	0,3	0,3	75	1908,500	0,067
	PSS-10	1,3	0,6	62	1,6	0,6	75	1518,500	0,000
	STAI®-Y2	1,8	0,4	62	2,0	0,5	75	1622,500	0,002
Fumador	BS	12,1	4,6	88	13,7	3,6	115	3910,500	0,006
	BDI®	0,2	0,2	88	0,3	0,3	115	4588,500	0,245
	PSS-10	1,5	0,7	87	1,8	0,6	115	3666,000	0,001
	STAI®-Y2	1,8	0,5	87	2,0	0,5	115	4163,500	0,041

4.1.3. Perfil tabágico

O perfil tabágico, no grupo de homens, apresenta várias diferenças significativas entre ex-fumadores e fumadores (ver Quadro CLXXIX), designadamente nas pontuações médias do "SDBS_Pros" (U = 1883,50; p = 0,004), "SDBS_Contras" (U = 2094,50; p = 0,042), "HWS HabDep" (U = 36,00; p = 0,000), "HWS RedAfeNeg" (U = 40,00; p = 0,000), "HWS Estimula" (U = 497,00; p = 0,000), "HWS Manipula" (U = 1762,00; p = 0,001) e "SASE_12" (U = 606,00; p = 0,000). Os ex-fumadores obtiveram médias mais altas nas variáveis "SDBS_Pros" (M = 3,3 *vs.* M = 3), "HWS RedAfeNeg" (M = 13,7 *vs.* M = 2,7), "HWS Manipula" (M = 2,8 *vs.* M = 2,2) e "SASE_12" (M = 5,9 *vs.* M = 3,6), enquanto os fumadores pontuaram mais nas variáveis "SDBS_Contras" (M

= 3,7 *vs.* *M* = 3,4), "HWS HabDep" (*M* = 18,5 *vs.* *M* = 2,9) e "HWS Estimula" (*M* = 6 *vs.* *M* = 2,9).

Quadro CLXXIX. Comparação do perfil tabágico, e função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Perfil tabágico	**Ex-fumador**	**Fumador**	**Total**	***Mann-Whitney***	
	M *DP* *n*	*M* *DP* *n*	*M* *DP* *n*	*U*	*p*
FTQ	0,4 0,4 60	0,3 0,4 87	0,4 0,4 147	2287,00	0,190
SDBS_Pros	3,3 0,8 60	3,0 0,7 87	3,1 0,8 147	1883,50	0,004
SDBS_Contras	3,4 0,9 60	3,7 0,6 87	3,6 0,7 147	2094,50	0,042
HWS HabDep	2,9 2,0 60	18,5 6,9 86	12,1 9,4 146	36,00	0,000
HWS RedAfeNeg	13,7 5,1 60	2,7 0,9 87	7,2 6,4 147	40,00	0,000
HWS Relaxa	7,2 2,1 60	6,9 1,9 87	7,0 1,9 147	2323,00	0,246
HWS Estimula	2,9 0,9 60	6,0 2,6 87	4,7 2,6 147	497,00	0,000
HWS Manipula	2,8 1,0 60	2,2 1,0 87	2,5 1,0 147	1762,00	0,001
SASE_12	5,9 1,4 60	3,6 1,3 87	4,5 1,8 147	606,00	0,000
SPCS	2,5 0,8 60	2,4 0,6 87	2,4 0,7 147	2547,00	0,804

Em relação ao grupo de mulheres, existem, igualmente, diferenças no perfil tabágico, tendo em consideração o hábito tabágico (ver Quadro CLXXX). Observaram-se diferenças significativas nas variáveis "HWS HabDep" (*U* = 0,00; *p* = 0,000), "HWS RedAfeNeg" (*U* = 0,50; *p* = 0,000), "HWS Estimula" (*U* = 462,00; *p* = 0,000), "HWS Manipula" (*U* = 3497,50; *p* = 0,027), "SASE_12" (*U* = 601,00; *p* = 0,000) e "SPCS" (*U* = 3409,50; *p* = 0,015). Os ex-fumadores obtiveram pontuações médias mais altas nas variáveis "HWS RedAfeNeg" (*M* = 14,3, *vs.* *M* = 3), "HWS

Manipula" (*M* = 2,7, *vs. M* = 2,4), "SASE_12" (*M* = 5,9, *vs. M* = 5,3) e "SPCS" (*M* = 2,8, *vs. M* = 2,5). Inversamente, os fumadores tiveram pontuações médias mais elevadas nas variáveis "HWS HabDep" (*M* = 18,4, *vs. M* = 2,4) e "HWS Estimula" (*M* = 6,5, *vs. M* = 2,7).

Quadro CLXXX. Comparação do perfil tabágico, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.

Perfil tabágico	**Ex-fumador**	**Fumador**	**Total**	***Mann-Whitney***	
	M *DP* *n*	*M* *DP* *n*	*M* *DP* *n*	*U*	*p*
FTQ	0,2 0,3 75	0,3 0,3 115	0,2 0,3 190	4031,00	0,415
SDBS_Pros	3,3 0,6 75	3,1 0,7 115	3,2 0,7 190	3592,00	0,051
SDBS_Contras	3,7 0,7 75	3,6 0,6 115	3,6 0,7 190	3904,00	0,269
HWS HabDep	2,4 0,8 75	18,4 5,8 114	12,0 9,1 189	0,00	0,000
HWS RedAfeNeg	14,3 4,4 75	3,0 0,9 115	7,5 6,2 190	0,50	0,000
HWS Relaxa	7,4 1,8 75	6,9 1,9 115	7,1 1,9 190	3687,50	0,086
HWS Estimula	2,7 0,6 75	6,5 2,6 115	5,0 2,8 190	462,00	0,000
HWS Manipula	2,7 0,9 75	2,4 0,8 115	2,5 0,9 190	3497,50	0,027
SASE_12	5,9 1,1 75	3,3 1,2 115	4,3 1,7 190	601,00	0,000
SPCS	2,8 0,8 75	2,5 0,7 115	2,6 0,7 190	3409,50	0,015

Comparando o perfil tabágico em homens e mulheres (ver Quadro CLXXXI), verifica-se que, nos ex-fumadores, existem diferenças significativas nas pontuações médias do "FTQ" (*U* = 1581,500; *p* = 0,002) e do "SPCS" (*U* = 1705,500; *p* = 0,016). No "FTQ", pontuam mais alto os homens (*M* = 0,4, *vs. M* = 0,2), enquanto no "SPCS" são as mulheres a ter pontuações mais elevadas (*M* = 2,8, *vs. M* = 2,5). Em relação à categoria de fumadores, existem apenas diferenças significativas em relação à "HWS

RedAfeNeg" (U = 3836,000; p = 0,005), com as mulheres a apresentar pontuações médias superiores à dos seus pares masculinos (M = 3 *vs.* M = 2,7).

Quadro CLXXXI. Comparação do perfil tabágico, em função do sexo, nos grupos de ex-fumadores e fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.

Perfil tabágico	Homem			Mulher			*Mann-Whitney*	
	M	*DP*	*n*	*M*	*DP*	*n*	*U*	*p*
Ex-fumador								
FTQ	0,4	0,4	60	0,2	0,3	75	1581,500	0,002
SDBS_Pros	3,3	0,8	60	3,3	0,6	75	2211,000	0,862
SDBS_Contras	3,4	0,8	60	3,7	0,7	75	1846,000	0,073
HWS HabDep	2,9	2,0	60	2,3	0,8	75	1815,000	0,054
HWS RedAfeNeg	13,7	5,1	60	14,3	4,4	75	2137,000	0,616
HWS Relaxa	7,2	2,1	60	7,4	1,8	75	2134,000	0,600
HWS Estimula	2,9	0,9	60	2,7	0,6	75	2145,000	0,628
HWS Manipula	2,8	1,0	60	2,7	0,9	75	2088,500	0,472
SASE_12	5,9	1,4	60	5,9	1,1	75	2100,500	0,499
SPCS	2,5	0,8	60	2,8	0,8	75	1705,500	0,016
Fumador								
FTQ	0,3	0,3	87	0,3	0,3	115	4400,500	0,125
SDBS_Pros	3,0	0,7	87	3,1	0,7	115	4308,000	0,090
SDBS_Contras	3,7	0,6	87	3,6	0,6	115	4345,000	0,108
HWS HabDep	18,5	6,9	86	18,4	5,8	114	4896,000	0,988
HWS RedAfeNeg	2,7	0,9	87	3,0	0,9	115	3836,000	0,005
HWS Relaxa	6,9	1,9	87	6,9	1,9	115	4899,000	0,798
HWS Estimula	6,0	2,6	87	6,5	2,6	115	4373,500	0,123
HWS Manipula	2,2	1,0	87	2,4	0,8	115	4382,500	0,129
SASE_12	3,6	1,3	87	3,3	1,2	115	4392,000	0,138
SPCS	2,4	0,6	87	2,5	0,7	115	4579,500	0,303

4.1.4. Modelo transteórico

Estádios de mudança

Os estádios de mudança repartem-se, pelos ex-fumadores, entre acção e manutenção e, para os fumadores, entre Pré-contemplação, Contemplação e Preparação (ver Quadro CLXXXII). Comparando os diferentes estádios de mudança, verifica-se que as fases com menor percentagem de participantes são a contemplação (próximo mês, sem tentativas, 2,1%), a preparação (5,6%) e a acção (7,1%). Relativamente aos ex-fumadores, regista-se maior percentagem de mulheres em fase de acção (8,4% *vs.*

5,4%) e mais homens em fase de manutenção (35,4% *vs.* 31,4%). No que diz respeito aos fumadores, destaca-se, por um lado, o maior número de mulheres a contemplar a mudança nos próximos 6 meses (21,5% *vs.* 18,4%) e, por outro lado, o reduzido número de participantes a planear parar de fumar no próximo mês, sem (n = 7) ou com tentativas prévias (n = 19).

Quadro CLXXXII. Cruzamento entre o estádio de mudança e o hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e Teste do Qui-Quadrado.

Estádios de mudança	**Homem**	**Mulher**	**Total**
	%	%	% *n*
Pré-contemplação (não pensa parar)	32,0	31,9	32,0 108
Contemplação			
Próximos 6 meses	18,4	21,5	20,1 68
Próximo mês, sem tentativas	2,7	1,6	2,1 7
Preparação (próximo mês c/1 tentativa)	6,1	5,2	5,6 19
Acção (parou nos últimos 6 meses)	5,4	8,4	7,1 24
Manutenção (parou há mais de 6 meses)	35,4	31,4	33,1 112
Total %	100	100	100
n	147	191	338
Teste do Qui-Quadrado	X^2 = 2,444; gl = 5; p = 0,785		

Para avaliar o ajustamento entre a distribuição dos participantes fumadores e aquela que é prevista pelo modelo transteórico, efectuou-se um Teste de Qui-Quadrado de ajustamento. De acordo com o modelo, espera-se que 40%[64] dos fumadores estejam em fase de pré-contemplação, 40% em contemplação e 20% em preparação (ver Quadro CLXXXIII). Observaram-se diferenças significativas nas distribuições em estudo, quer no grupo de homens (X^2 = 8,747; gl = 2; p = 0,013), quer no das mulheres (X^2 = 12,326; gl = 2; p = 0,002) e, naturalmente, no total dos fumadores (X^2 = 20,908; gl = 2; p = 0,000). No estádio de pré-contemplação houve

[64] Embora os autores (Velicer et al., 1995) refiram que 40% a 50% dos fumadores se encontram em estádio de pré-contemplação, optou-se pelo valor de 40% para que as percentagens dos restantes estádios de mudança pudessem ser definidas e assim avaliar o ajustamento entre as distribuições.

mais observações do que seria de esperar, enquanto no estádio de preparação ocorreu precisamente o inverso.

Quadro CLXXXIII. Cruzamento entre o estádio de mudança e o hábito tabágico (fumadores), no grupo de homens e no grupo de mulheres - Número de participantes observados e esperados e Teste do Qui-Quadrado.

Estádios de mudança		**Homem (*n* = 87)**			**Mulher (*n* = 115)**			**Total (*n* = 202)**		
		O	**E**	**R**	**O**	**E**	**R**	**O**	**E**	**R**
Pré-contemplação (não pensa parar)		47	34,8	12,2	61	46,0	15,0	108	80,8	27,2
Contemplação (Próximos 6 meses / próximo mês, sem tentativas)		31	34,8	-3,8	44	46,0	-2,0	75	80,8	-5,8
Preparação (próximo mês c/1 tentativa)		9	17,4	-8,4	10	23,0	-13,0	19	40,4	-21,4
Teste do Qui-Quadrado	X^2	8,747			12,326			20,908		
	gl	2			2			2		
	p	0,013			0,002			0,000		

Nota: E = Valores esperados; O = Valores observados; R = Resíduo.

Balanço decisório

Como alguns estádios de mudança reuniram poucos participantes, optou-se por analisar conjuntamente os homens e as mulheres (ver Quadro CLXXXIV). No que se refere à *Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS), verifica-se que as pontuações médias mais altas nos argumentos contra o tabagismo (SDBS_Contras) se registam nos estádios de "Contemplação" (*M* = 3,8) e "Acção" (*M* = 3,8; *DP* = 0,7) e as mais baixa na fase de "Manutenção" (*M* = 3,5; *DP* = 0,8). Na sub-escala de argumentos a favor de fumar (SDBS_Pros), a pontuação média mais elevada é na fase de "Acção" (*M* = 3,4; *DP* = 0,6) e a mais baixa na fase de "Preparação" (*M* = 2,7; *DP* = 0,6). Nesta sub-escala, as diferenças nas pontuações médias, entre os vários estádios de mudança, são estatisticamente significativas (X^2 = 20,211; *gl* = 5; *p* = 0,001). Importa, porém, referir que os estádios de "Contemplação - próximo mês sem tentativas" (*n* =

7), "Preparação" (*n* = 19) e "Acção" (*n* = 24) têm um número reduzido de participantes.

Quadro CLXXXIV. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Kruskal-Wallis*.

Estádios de mudança	**SDBS_Contras**			**SDBS_Pros**		
	M	*DP*	*n*	*M*	*DP*	*n*
Pré-contemplação (não pensa parar)	3,6	0,6	107	3,1	0,8	107
Contemplação						
Próximos 6 meses	3,8	0,6	68	2,9	0,6	68
Próximo mês, sem tentativas	3,8	0,4	7	3,1	0,5	7
Preparação (próximo mês c/1 tentativa)	3,6	0,7	19	2,7	0,6	19
Acção (parou nos últimos 6 meses)	3,8	0,7	24	3,4	0,6	24
Manutenção (parou há mais de 6 meses)	3,5	0,8	108	3,3	0,7	108
Total	3,6	0,7	333	3,1	0,7	333
Teste de *Kruskal-Wallis*	$X^2 = 8{,}211$; $gl = 5$; $p = 0{,}145$			$X^2 = 20{,}211$; $gl = 5$; $p = 0{,}001$		

Comparando a média de argumentos contra (SDBS_Contras) e pró-tabagismo (SDBS_Pros), através do Teste dos Sinais de Wilcoxon (ver Quadro CLXXXV), conclui-se que existem significativamente mais argumentos contra o tabagismo, nos estádios de pré-contemplação ($Z = -4{,}710$; $p = 0{,}000$), de contemplação ($Z = -6{,}462$; $p = 0{,}000$), de preparação e de acção ($Z = -3{,}821$; $p = 0{,}000$).

Quadro CLXXXV. Comparação dos argumentos contra e pró-tabagismo, em função do estádio de mudança - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*.

Hábito tabágico		**SDBS_Contras *vs.* SDBS_Pros**
Pré-contemplação	*Z*	-4,710
	p	0,000
Contemplação	*Z*	-6,462
	p	0,000
Preparação e acção	*Z*	-3,821
	p	0,000

Auto-eficácia

Na *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE), existem diferenças significativas entre as pontuações médias dos diferentes estádios de mudança (X^2 = 166,266; *gl* = 5; *p* = 0,000). Com excepção do estádio de "Contemplação - próximo mês sem tentativas", existe um aumento sistemático da auto-eficácia, desde a "Pré-contemplação" (*M* = 3,3; *DP* = 1,3), à "Manutenção" (*M* = 6; *DP* = 1,3; ver Quadro CLXXXVI).

Quadro CLXXXVI. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Kruskal-Wallis*.

Estádios de mudança	*M*	*DP*	*n*
Pré-contemplação (não pensa parar)	3,3	1,3	107
Contemplação			
Próximos 6 meses	3,5	1,2	68
Próximo mês, sem tentativas	3,3	0,7	7
Preparação (próximo mês c/1 tentativa)	4,2	1,1	19
Acção (parou nos últimos 6 meses)	5,3	1,1	24
Manutenção (parou há mais de 6 meses)	6,0	1,3	108
Total	4,4	1,7	333
Teste de *Kruskal-Wallis*			
X^2 = 166,266; *gl* = 5; *p* = 0,000			

Considerando o elevado número de comparações entre os estádios de mudança (15), utilizou-se o procedimento de Bonferroni para diminuir a probabilidade de ocorrência do erro tipo I, tendo-se estabelecido um alfa de 0,003 (0,05 / 15). Assim, com o objectivo de identificar quais os estádios responsáveis pelas diferenças nas pontuações médias do SASE recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* (ver Quadro CLXXXVII). Pela comparação das diferenças de médias, observam-se diferenças significativas entre o estádio de "Pré-contemplação" e os estádios de "Acção" (*U* = 309,000; *p* = 0,000) e "Manutenção" (*U* = 915,000; *p* = 0,000), entre o estádio de "Contemplação - próximos 6 meses" e os estádios de "Acção" (*U* = 197,500; *p* = 0,000) e "Manutenção" (*U* = 617,000; *p* = 0,000), entre o estádio de "Contemplação - próximo mês sem tentativa" e os estádios de "Acção" (*U* = 6,000; *p* = 0,000) e

"Manutenção" (U = 33,500; p = 0,000), entre o estádio de "Preparação" e os estádios de "Acção" (U = 103,500; p = 0,000) e "Manutenção" (U = 282,500; p = 0,000) e, finalmente, entre os estádios de "Acção" e "Manutenção" (U = 772,500; p = 0,002).

Quadro CLXXXVII. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Teste de *Mann-Whiney*.

Estádios de mudança	***Mann-Whitney***		
	M (rank)	***U***	***p***
Pré-contemplação Contemplação (próximos 6 meses)	83,2 95,5	3125,500	0,117
Pré-contemplação Contemplação (próximo mês sem tentativa)	57,3 60,4	354,500	0,813
Pré-contemplação Preparação (próximo mês com 1 tentativa)	59,6 85,7	594,000	0,004
Pré-contemplação Acção (parou nos últimos 6 meses)	56,9 106,6	309,000	0,000
Pré-contemplação Manutenção (parou há mais de 6 meses)	62,6 153,0	915,000	0,000
Contemplação (próximos 6 meses) Contemplação (próximo mês sem tentativa)	38,6 32,6	200,000	0,489
Contemplação (próximos 6 meses) Preparação (próximo mês com 1 tentativa)	41,1 54,5	447,000	0,041
Contemplação (próximos 6 meses) Acção (parou nos últimos 6 meses)	37,4 72,3	197,500	0,000
Contemplação (próximos 6 meses) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	43,6 116,8	617,000	0,000
Contemplação (próximo mês sem tentativa) Preparação (próximo mês com 1 tentativa)	8,4 15,4	30,500	0,035
Contemplação (próximo mês sem tentativa) Acção (parou nos últimos 6 meses)	4,9 19,3	6,000	0,000
Contemplação (próximo mês sem tentativa) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	8,8 61,2	33,500	0,000
Preparação (próximo mês com 1 tentativa) Acção (parou nos últimos 6 meses)	15,5 27,2	103,500	0,002
Preparação (próximo mês com 1 tentativa) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	24,9 70,9	282,500	0,000
Acção (parou nos últimos 6 meses) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	44,7 71,4	772,500	0,002

Processos de mudança

Na *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS), regista-se um aumento das pontuações médias (ver Quadro CLXXXVIII), entre a fase de "Pré-contemplação" (*M* = 2,2; *DP* = 0,6), até à fase de "Acção" (*M* = 3,2; *DP* = 0,6), seguida de uma ligeira diminuição no estádio de "Manutenção" (*M* = 2,6; *DP* = 0,8). As diferenças das pontuações são estatisticamente significativas (X^2 = 61,769; *gl* = 5; *p* = 0,000).

Quadro CLXXXVIII. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Kruskal-Wallis*.

Estádios de mudança	*M*	*DP*	*n*
Pré-contemplação (não pensa parar)	2,2	0,6	107
Contemplação			
Próximos 6 meses	2,8	0,6	68
Próximo mês, sem tentativas	2,8	0,6	7
Preparação (próximo mês c/1 tentativa)	2,8	0,6	19
Acção (parou nos últimos 6 meses)	3,2	0,6	24
Manutenção (parou há mais de 6 meses)	2,6	0,8	108
Total	2,5	0,7	333
Teste de *Kruskal-Wallis*			
X^2 = 61,769; *gl* = 5; *p* = 0,000			

Pela comparação múltipla das pontuações médias (ver Quadro CLXXXIX), registaram-se diferenças significativas entre o estádio de "Pré-contemplação", com os estádios de "Contemplação - próximos 6 meses" (*U* = 1762,000; *p* = 0,000), de "Preparação" (*U* = 462,500; *p* = 0,000), de "Acção" (*U* = 268,000; *p* = 0,000) e de "Manutenção" (*U* = 4157,500; *p* = 0,000). Também foram significativas as diferenças entre os estádios de "Contemplação - próximos 6 meses" e de "Acção" (*U* = 477,000; *p* = 0,003). Surgem, ainda, diferenças entre o estádio de "Acção" e de "Manutenção" (*U* = 602,500; *p* = 0,000).

Quadro CLXXXIX. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Teste de *Mann-Whiney*.

Estádios de mudança	***Mann-Whitney***		
	M (rank)	***U***	***p***
Pré-contemplação Contemplação (próximos 6 meses)	70,5 115,6	1762,000	0,000
Pré-contemplação Contemplação (próximo mês sem tentativa)	55,7 84,6	185,000	0,025
Pré-contemplação Preparação (próximo mês com 1 tentativa)	58,3 92,7	462,500	0,000
Pré-contemplação Acção (parou nos últimos 6 meses)	56,5 108,3	268,000	0,000
Pré-contemplação Manutenção (parou há mais de 6 meses)	92,9 123,0	4157,500	0,000
Estádios de mudança (continuação)	***Mann-Whitney***		
	M (rank)	***U***	***p***
Contemplação (próximos 6 meses) Contemplação (próximo mês sem tentativa)	38,0 37,7	236,000	0,971
Contemplação (próximos 6 meses) Preparação (próximo mês com 1 tentativa)	43,6 45,5	617,500	0,769
Contemplação (próximos 6 meses) Acção (parou nos últimos 6 meses)	41,5 60,6	477,000	0,003
Contemplação (próximos 6 meses) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	100,7 80,8	2842,500	0,012
Contemplação (próximo mês sem tentativa) Preparação (próximo mês com 1 tentativa)	13,0 13,7	63,000	0,839
Contemplação (próximo mês sem tentativa) Acção (parou nos últimos 6 meses)	11,0 17,5	49,000	0,098
Contemplação (próximo mês sem tentativa) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	69,4 57,3	298,000	0,349
Preparação (próximo mês com 1 tentativa) Acção (parou nos últimos 6 meses)	17,6 25,5	145,000	0,042
Preparação (próximo mês com 1 tentativa) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	77,2 61,7	776,000	0,091
Acção (parou nos últimos 6 meses) Manutenção (parou há mais de 6 meses)	95,4 60,1	602,500	0,000

4.2. Discussão[65]

4.2.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico

Caracterização sócio-demográfica

Neste estudo, a percentagem total de fumadores foi de 26,6%, com 28,9% dos homens e 25,2% das mulheres a declararem fumar, embora a maior percentagem dos participantes nunca fumou (55,1%). A prevalência de tabagismo, porém, é inferior à relatada na versão portuguesa do CINDI (Pádua e tal., 1999) que aponta para valores acima dos 30%, em qualquer das faixas etárias consideradas e à taxa de 29%, referida no inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas (Balsa et al., 2003). De forma oposta, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2003) apresenta uma taxa de tabagismo de 19,5%, valor inferior ao que foi encontrado na presente investigação. É provável que o facto de a amostra utilizada neste estudo (n = 762) incluir uma percentagem elevada de estudantes (n = 261, 34,3%), tenha contribuído para a subida da taxa de fumadores. De acordo com a revisão efectuada, o hábito tabágico tende a estabelecer-se precisamente entre a adolescência e a idade adulta (Chassin et al., 1984, 1990, 1996, 2000; Chen & Kandel, 1995) e é pouco provável que cesse antes dos 25-28 anos de idade (Kandel & Logan, 1984), portanto, antes da conclusão de um curso universitário.

Relativamente às faixas etárias e excluindo desta análise duas categorias no grupo de homens, considerando que tiveram poucos participantes (56-65 e 66-75 anos), verifica-se uma tendência, quer nos homens, quer nas mulheres, para existirem significativamente menos ex-fumadores nas faixas etárias jovens (17-25 anos), prolongando-se esta situação durante mais tempo nos homens (26-35 anos). A idade de cessação, por seu turno, iniciou-se a partir dos 46-55 anos, embora nas mulheres se note um ligeiro aumento da taxa de cessação, na faixa etária dos 26-35 anos, talvez coincidente com a maternidade, o que aliás é concordante com a literatura (Floyd et

[65] A presente discussão baseia-se na análise crítica dos resultados obtidos neste estudo e na revisão da literatura previamente realizada, embora complementada com leituras posteriores. Para esta discussão também foi importante a experiência clínica obtida na condução de programas de cessação tabágica e prevenção da recaída, desenvolvidos a partir de 1 de Julho de 2004, na Consulta de Desabituação Tabágica do Hospital Júlio de Matos (Clínica Psiquiátrica I) / Centro de Saúde de Odivelas.

al., 1993). Confirma-se, pois, que a adolescência e o início da adultícia constituem períodos favoráveis à iniciação e estabelecimento do tabagismo. A acessibilidade dos cigarros e o efeito de modelagem com pares, figuras parentais e de autoridade ou com outros modelos sociais, serão alguns dos factores mediadores mais relevantes (Griffin et al., 1999; Nofziger & Lee, 2006; USDHHS, 1994; Wetter et al., 2004). O facto de existir um período de latência, com a duração de vinte a trinta anos, entre o início do consumo e o aparecimento de doenças relacionadas com o tabagismo, também contribuirá para que os adolescentes e os jovens adultos não sintam necessidade de parar durante os primeiros anos (Wistuba et al., 1997). Torna-se, pois, compreensível que, neste estudo, a maior percentagem de ex-fumadores surja na faixa etária dos 46-55 anos, precisamente vinte a trinta anos após iniciar o consumo. Em comparação com os homens, algumas mulheres param mais cedo, o que pode revelar maior propensão feminina para adoptar comportamentos preventivos e, inversamente, maior exposição masculina a comportamentos de risco, dado também confirmado pela literatura (Pitts, 1996).

A associação entre o hábito tabágico e a escolaridade[66] é difícil de avaliar, tendo em consideração o reduzido número de participantes nos graus 3 e 4. Embora no grupo de homens não exista qualquer associação, assinala-se, para o grupo das mulheres com escolaridade de grau 4, um aumento significativo do número de não fumadoras e diminuição do número das fumadoras. Nas mulheres com escolaridade de grau 1 regista-se igualmente uma tendência nesta direcção, embora os valores não apresentem significado estatístico. Relativamente ao estatuto laboral[67], também existem algumas categorias a incluir poucos participantes (graus 2, 4 e 5). Em ambos os sexos, contudo, diminui a percentagem de não fumadores, entre as profissões de grau 1 e os restantes graus profissionais. As mulheres com profissões de grau 5, registam elevada proporção de não fumadoras. Quanto aos estudantes, o aspecto mais saliente é a baixa percentagem de ex-fumadores. No que diz respeito ao estado civil, não se observou qualquer associação significativa com o hábito tabágico.

[66] O nível de escolaridade foi definido com base na classificação de Graffar (1956) modificada, distinguindo-se quatro graus: Grau 1 (> 12 anos de escolaridade), Grau 2 (10-12 anos), Grau 3 (8-9 anos) e Grau 4 (4-6 anos).

[67] As classes sócio-profissionais foram definidas com base na classificação de Graffar (1956) modificada, distinguindo-se cinco graus e uma sexta categoria que inclui os estudantes: Grau 1 (ex. Director), Grau 2 (ex. Sub-director), Grau 3 (ex. Capataz), Grau 4 (ex. Polícia), Grau 5 (ex. Jornaleiro), Estudantes.

Na eventualidade de se terem obtido resultados mais robustos, poderia levantar-se a hipótese de que o baixo acesso à escolaridade e a menor diferenciação profissional, remetem a mulher para um papel mais tradicional, dificultando o acesso a comportamentos considerados como mais próprios da identidade masculina, designadamente fumar. De forma oposta, a maior exposição à informação e o conhecimento dos riscos associados ao tabagismo, apoiariam a convicção de que fumar é pernicioso para a saúde e socialmente indesejável, motivando, assim, a adopção de comportamentos preventivos. Estaríamos, neste caso, muito próximos dos pressupostos descritos pela teoria da acção racional e do comportamento planeado (Ajzen & Fishbein, 1980), em particular no que se refere à influência do meio social na formação de atitudes e na percepção de normas.

Experiências iniciais com cigarros

As primeiras experiências com cigarros e, portanto, a fase de prova, ocorreu por volta dos quinze anos de idade, embora os fumadores tendam a referir experiências com cigarros significativamente mais precoces do que os não fumadores, particularmente no caso das mulheres (U = 4390,000; p = 0,019). O estabelecimento posterior de um uso regular, em ambos os sexos, acontece aos dezoito anos, dado aliás próximo ao referido pelo Inquérito de Saúde do Instituto da Droga e da Toxicodependência (Balsa et al., 2003). Esta idade coincide com a maioridade legal e com o estereótipo social de que a partir desta idade os jovens devem iniciar a sua emancipação, essencialmente associada à assunção de papéis e escolhas individuais. Como é natural, não se trata de uma verdadeira autonomia emocional, intelectual, social e financeira, embora o projecto de ser diferente se comece a manifestar, a par de uma procura activa por um posicionamento social. À medida que estes papéis e posições vão sendo assumidos, de acordo com a forma particular da identidade do jovem, estabelece-se também um sistema de referência e comunicação, fundamental para o reconhecimento mútuo entre os membros desse grupo (Grinberg & Grinberg, 1998).

As três principais razões para começar a fumar, em homens e mulheres, são a "brincadeira / curiosidade", a "atracção pelo ritual de acender e fumar o cigarro" e a "pressão dos amigos". Em ambos os sexos, a influência da publicidade explícita é considerada pouco relevante. É interessante observar que as principais razões para começar a fumar são as mesmas em ambos os sexos. Deste ponto de vista, é possível

que existam tarefas do desenvolvimento semelhantes, quer para os rapazes, quer para as raparigas. Na realidade, a adolescência é marcada pela necessidade de estabelecer uma identidade baseada em movimentos de afirmação e no repúdio selectivo das identificações infantis. Neste período, a confiança nas figuras parentais e a dependência relativamente à sua orientação é gradualmente transformada num sentimento de lealdade que se transfere para múltiplos modelos fora do seio da família nuclear. Surgem, então, líderes e ídolos que devem ser seguidos e mimetizados (Erikson & Erikson, 1997). Admirar e ser admirado tornam-se objectivos simultâneos que dependem da capacidade para experimentar e desafiar limites ou sensações, numa luta intensa pelo estabelecimento do estatuto pessoal no seio do grupo.

As relações entre pares, a lealdade e a necessidade de filiação são cruciais durante o desenvolvimento do adolescente. Estes actos de decisão e de consentimento, são, antes de mais, actos de participação. O seu valor provém do laço criado entre os indivíduos e da impressão que daí deriva, de cada um ter importância aos olhos dos outros, a partir do momento em que participa (Moscovici & Doise, 1991). Não é de admirar, portanto, que de um ponto de vista emocional, tanto quanto material, vivamos ansiosos quanto ao lugar que ocupamos no mundo. Esse lugar determinará a quantidade de amor que nos dedicarão e, por outro lado, se seremos capazes de gostar de nós próprios ou se somos forçados a perder a confiança em nós mesmos (Botton, 2005). Ser é, pois, participar (Moscovici & Doise, 1991) e a sede de *status* ou de reconhecimento social tem as suas vantagens. Pode incitar a fazer justiça aos nossos talentos, encorajar a excelência, inibir excentricidades nocivas e promover sistemas de valores comuns. Mas, como todos os apetites, os seus excessos também podem matar (Botton, 2005). Assim, inserido num grupo, o indivíduo não se comporta como se estivesse sozinho. Em princípio, ele deveria conduzir-se sempre de acordo com a razão, escolher aquilo que lhe convém após uma reflexão ponderada e actuar com plena consciência daquilo que está em causa, não devendo ceder às pressões dos outros sem conhecimento de causa ou sem ter ponderado os prós e os contras (Moscovici & Doise, 1991). Deste ponto de vista, individualidade e sociedade surgem como realidades simultaneamente complementares e antagónicas. Ao mesmo tempo que maltrata a individualidade, impondo-lhe limites e coacções, oferece-lhe estruturas que lhe permitem exprimir-se e realizar-se (Morin, 1988). Torna-se, pois, compreensível que os adolescentes, estimulados pelas necessidades de pertença e identidade, por pressões dos pares e até pela difusão da sensação de responsabilidade

e perigo, se precipitem na iniciação de vários comportamentos, designadamente o consumo de cigarros, assumindo mais riscos na expectativa de ganhar maior protagonismo. Convém também realçar que a noção de comportamento de risco associado ao tabagismo é relativamente recente e, em Portugal, ter-se-á iniciado a partir da década de 1980, na sequência da promulgação das primeiras medidas legislativas de luta contra o tabagismo[68]. Aliás, muitos dos ex-fumadores e fumadores, com quarenta ou mais anos de idade, recordam a popularidade de que os cigarros gozavam na época em que começaram a fumar. Neste sentido, uma parte importante dos participantes deste estudo, quando começaram a fumar, não só desconheciam os malefícios associados ao tabagismo, como consideravam positiva a imagem do fumador.

Além das tarefas de desenvolvimento, comuns aos rapazes e às raparigas, existem também processos de identidade e identificação diferentes entre os papéis de géneros. Observando a quarta e a quinta razão para começar a fumar, podemos notar que surgem, nos homens, a expectativa de fumar "para parecer mais velho" (29,1%) e o "gosto por experimentar coisas diferentes" (27,2%), ao passo que nas mulheres a quarta e a quinta razão são "o gosto por experimentar coisas diferentes" (19,9%) e o "alívio da tensão em situações de grupo" (19,4%). Assim, enquanto os homens se preocupam em parecer mais velhos e, por inerência, maduros, viris e activos, as mulheres parecem mais vulneráveis às situações indutoras de ansiedade social, recorrendo aos cigarros como forma de lidar com a tensão. É comum, aliás, associar ao género feminino, a maior prevalência de perturbações mentais comuns ou *minor* (ansiedade e depressão) e o consumo de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e, por seu turno, ao género masculino, as perturbações anti-sociais da personalidade e a dependência de substâncias, designadamente de tabaco, álcool, anfetaminas, *cannabis*, cocaína, alucinogénios, inalantes, opiáceos (APA, 2002; Goldberg & Huxley, 1996). Na interpretação destes resultados importa realçar que embora os homens refiram, mais frequentemente do que as mulheres, fumar "para aliviar a tensão quando estão em grupo" (22,5% *vs.* 19,4%), temos de considerar que o grupo

[68] Em Portugal, data de 20 de Novembro de 1959 a proibição de fumar dentro de recintos fechados onde se realizam espectáculos (Decreto-Lei n.º 42661/59). Porém, as medidas legislativas mais significativas iniciam-se a 17 de Agosto de 1982, com a publicação da Lei de prevenção do tabagismo (n.º 22/82) que estabelece as proibições de publicidade ao tabaco e de fumar em determinados locais, dispondo ainda sobre publicidade negativa e teores de alcatrão e nicotina. Em 27 de Maio de 1983, aquela Lei viria a ser regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 226/83 que cria o Conselho de Prevenção do Tabagismo (Pimentel, 1995).

masculino, em comparação com o feminino, apresenta uma taxa superior de resposta em todas as razões para começar a fumar (23,3% *vs.* 19%). Por outro lado, também se tem de levar em conta o facto desta ser a sexta razão para os homens começarem a fumar, enquanto para as mulheres constitui a quinta razão.

Carga tabágica

Os homens ex-fumadores consumiam significativamente mais cigarros por dia, do que os fumadores (20,9 *vs.* 14,6, respectivamente). Uma das hipóteses para explicar esta diferença no consumo médio de cigarros é a de que o relato dos fumadores tenha sofrido um efeito de desejabilidade social no sentido de denegar[69] a dependência, fazendo com que comunicassem um consumo inferior ao real. De facto, o estatuto de fumador foi definido através de entrevistas estruturadas e questionários de resposta pessoal, não tendo sido validado por técnicas bioquímicas, nomeadamente por determinação das concentrações de cotinina (plasma, saliva ou urina), tiocianeto (plasma ou saliva), monóxido de carbono (ar exalado) ou recorrendo a um artefacto conhecido por "tubo falso" (*bogus pipeline*)[70]. Por esta razão, a prevalência do hábito tabágico pode ter sido subestimada, atendendo ao facto de o tabagismo se ter tornado socialmente indesejável. Existem, contudo, estudos que apontam, quer para uma baixa falsificação dos relatos pessoais dos fumadores, quer para uma elevada especificidade e sensibilidade dos instrumentos psicológicos quando utilizados em investigações desta natureza (Patrick et al., 1994). Uma explicação alternativa para esta diferença de relatos, teria a ver com o facto dos ex-fumadores relatarem fumar mais cigarros por dia, devido a um efeito de desejabilidade social, precisamente oposto àquele que foi descrito para os fumadores. Assim, os ex-fumadores, ao invés de minimizarem o seu consumo, valorizaram de forma narcisista a sua vitória, exagerando o número de cigarros fumados.

[69] Entende-se, por "denegação", a recusa em reconhecer como seu um pensamento, uma representação ou um desejo, no momento em que ele é enunciado (Doron & Parot, 2001).

[70] O tubo falso tem sido usado como estratégia falaciosa de validação dos hábitos tabágicos. Os sujeitos começam por ser previamente informados de que os seus relatos serão objectivamente verificados pelos investigadores, através de testes bioquímicos e, embora sejam recolhidas amostras dos participantes (saliva, ar exalado), na realidade elas nunca chegam a ser analisadas (Patrick et al., 1994).

Outra hipótese é a de que os ex-fumadores tendam a relatar maior carga tabágica, em virtude da relação dose-resposta no tabagismo, aliás, extensamente documentada (USDHHS, 1988). Assim, fumar mais implica um aumento da exposição aos malefícios tabágicos, acréscimo na percepção de risco pessoal (Ayanian & Cleary, 1999) e, consequentemente, maior probabilidade para adoptar comportamentos preventivos, designadamente parar de fumar (Gibbons, McGovern & Lando, 1991; Trigo & Rocha, 2002). Por outro lado, alguns dos fumadores mais dependentes podem ter-se confrontado com a necessidade de deixar de fumar, simplesmente porque não conseguiam continuar a fumar, devido à presença de uma doença ou ao aparecimento de sinais e sintomas limitativos (Godtfredsen et al., 2002). Nesta perspectiva, a decisão de parar de fumar poderá ter decorrido da vivência de consequências físicas negativas, relacionadas com a dependência de cigarros. É provável que antes desta experiência ocorrer, não exista uma verdadeira motivação para parar.

Verifica-se também uma tendência para os homens, em comparação com as mulheres, apresentarem níveis significativamente mais elevados de dependência física da nicotínica, traduzida por maior número de cigarros fumados por dia (M = 17,2 *vs.* M = 12,3, respectivamente), teores de nicotina mais elevados (normal *vs. light*, respectivamente) e mais anos de tabagismo (M = 14,8 *vs.* M = 11,1, respectivamente). Neste caso, parecem coexistir factores de ordem biocomportamental e sócio-cultural a justificar os padrões mais elevados de consumo e dependência dos cigarros, entre os homens. Podemos, assim, discutir três hipóteses complementares:

- **Níveis óptimos de estimulação (NOE).** A maior dependência física de nicotina, observada nos homens, poderá associar-se à maior propensão para procurar estimulação e sensações hedónicas. Segundo Zuckerman (1994), os homens, em comparação com as mulheres, tendem a apresentar NOE mais elevados e, por inerência, outras características, particularmente impulsividade. Na realidade, a impulsividade constitui uma dimensão importante na busca de sensações e no consumo de substâncias. A este respeito recordamos a concepção de Beck e colaboradores (1993), na qual a impulsividade ou a baixa tolerância à frustração são entendidas como o resultado de esquemas

cognitivos[71], designadamente a antecipação dos aspectos gratificantes do consumo e o adiamento das suas consequências negativas. Assim, tanto a elevação dos NOE, como a tendência à impulsividade, parecem contribuir para potenciar o tabagismo nos homens.

- **Masculinidade *vs.* feminilidade.** Em termos etológicos, ao macho cabem os papéis de protecção do território, defesa contra os predadores e manutenção da estrutura hierárquica, enquanto às fêmeas são destinados, não só os cuidados maternais na primeira infância, mas também a socialização da prole (Morin, 1988). Do ponto de vista da Psicologia Evolutiva, por seu turno, a robustez física e o aspecto protector associado à figura masculina, constituem atributos fundamentais no processo de selecção que as mulheres fazem dos seus parceiros íntimos (Buss & Schmitt, 1993). Estas perspectivas sobre a diferença dos papéis de género, também são aplicáveis, precisamente, ao desenvolvimento do comportamento tabágico. Nos rapazes, a fase inicial do consumo de cigarros pode constituir um meio de afirmação da virilidade ou do estatuto pessoal que, em última instância, visa a sedução e suscitar a atracção. A confirmar este pressuposto, Nichter e associados (2006) desenvolveram um estudo com adolescentes no qual compararam o padrão masculino e feminino de tabagismo. Concluiu-se, que enquanto o tabagismo, nos rapazes, se associava a imagens de masculinidade, descontracção e controlo pessoal, nas raparigas associava-se com conotações como falta de domínio, "nervosismo", mau gosto ou mesmo parecer feia e suja.

  No estudo de Nichter e associados (2006), é referida a existência de uma pressão social menor sobre os homens, para controlar o consumo. É possível que esta diferenciação por género, no que diz respeito à pressão social, não dependa apenas de imagens directamente relacionadas com a masculinidade ou

[71] O "esquema" é uma estrutura cognitiva estável que filtra, codifica e avalia os estímulos a que o organismo é submetido. Com base nesta matriz, o indivíduo orienta-se em relação à realidade e interpreta as suas experiências. Os esquemas podem permanecer latentes, até serem activados por circunstâncias análogas às que motivaram a sua organização inicial (Beck et al., 1979). Ellis (2003), referindo-se aos esquemas e crenças, separa as "crenças racionais ou preferenciais", consideradas saudáveis e flexíveis (ex. "se não houver nenhum impedimento continuo a fumar"), de outros três tipos de crenças irracionais, auto-destrutivas e rígidas: "crenças exageradas" (ex. "se não fumar vou-me sentir mal"), "crenças masturbatórias" (ex. "tenho de fumar, senão não consigo funcionar") e "crenças perfeccionistas" (ex. "se parar de fumar nunca mais consigo fazer nada de jeito e não sei o que será de mim").

com a feminilidade, mas que se relacione também com outros comportamentos fortemente modelados pela cultura. Como se sabe, o tabagismo, em comparação ao consumo de álcool ou de *cannabis*, é percebido como um comportamento mais normativo ou menos grave e, consequentemente, menos sujeito à reprovação e ao controlo pessoal ou social. Assim, numa situação em que exista um quadro de poli-dependência (ex. tabagismo, abuso de café, álcool, *cannabis*) pode criar-se a sensação de que o tabagismo constitui um "mal menor". Pode, também, ocorrer um efeito de "novelo de lã", uma vez que o próprio, os familiares ou os amigos, ao tentarem promover a cessação, deixem de saber por onde começar e como pressionar, dada a complexidade da situação. Nestas situações, é comum as pessoas reagirem num registo de "bomba relógio"[72], ao explodir contra qualquer tentativa para desactivar as ligações ao consumo da substância. Como é natural, esta estratégia de perpetuação dos comportamentos aditivos dificulta todas as acções de tipo preventivo. Em qualquer destas hipóteses existe um padrão tipicamente masculino de consumo e resistência contra a pressão social, embora aparentemente não estejam em causa atributos relacionados com a masculinidade. Pretende-se, assim, realçar que a influência dos estereótipos, designadamente os que se referem aos papéis de género, é extremamente difusa e a sua influência não é exercida exclusivamente através de representações positivas (ex. força física, vigor, atractividade) ou de mensagens conscientemente veiculadas.

- **Dependência física *vs.* dependência emocional.** O número de cigarros por dia, o teor de nicotina e os anos de tabagismo, por si só, constituem indicadores fiáveis do nível de dependência física da nicotina. Pode, então, afirmar-se que um dos aspectos mais evidentes, no comportamento tabágico dos homens, se relaciona com a dependência física e a utilização dos cigarros para obter estimulação ou reduzir os sinais de privação da dependência. Por seu turno, através da análise dos resultados obtidas na *Horn-Waingrow Scale*, pode concluir-se que as mulheres fumadoras, em comparação com os homens, tendem a recorrer significativamente mais aos cigarros, como estratégia para

[72] DiClemente (1991) intitula de quatro R's (relutância, rebelião, resignação e racionalização) este tipo de atitude, na qual a pessoa evita ler, falar ou pensar acerca dos seus comportamentos de risco, o que torna estas pessoas particularmente resistentes e desmotivadas face à mudança. Em termos do modelo transteórico, estamos, naturalmente, a falar de um estádio de pré-contemplação.

reduzir a afectividade negativa, revelando, portanto, maior dependência emocional dos cigarros. Assim, com base nestes resultados, poderia estabelecer-se uma diferenciação quanto ao tipo de utilização preferencial dos cigarros, segundo o género. Esta possibilidade é reforçada se levarmos em consideração as diferenças nas pontuações médias obtidas por homens e mulheres, nos questionários do perfil emocional. Neste caso, podem observar-se valores significativamente mais elevados nas mulheres em relação ao stresse percepcionado, ao traço de ansiedade e, dependendo do estatuto de fumador, ao sentimento de urgência de tempo e impaciência[73] (ex-fumadoras e fumadoras) e à depressão (ex-fumadoras e fumadoras).

Perfil de inalação

O perfil de inalação dos cigarros, comparando homens e mulheres, é diferente. Os homens ex-fumadores tendem a referir mais frequentemente ter o cigarro "sempre na boca" (68,4%), enquanto as mulheres relatam ter o cigarro tanto tempo na "boca como na mão" (62,4%). Na categoria dos fumadores a relação é inversa, com os homens a relatar que a "maior parte arde na mão" (60,5%) e as mulheres a referirem ter o cigarro "sempre na boca" (73,3%). O facto de os homens fumarem significativamente mais cigarros por dia do que as mulheres poderá contribuir para desenvolverem a crença de que os cigarros ardem na mão ou no cinzeiro. É comum, em fumadores com maior carga tabágica, ouvir dizer que dão por si com mais do que um cigarro aceso ao mesmo tempo, que têm vários cinzeiros espalhados pela casa ou pelo local de trabalho, alegando ser "o cinzeiro a fumar os cigarros"[74]. Esta estratégia ajuda a reduzir a dissonância cognitiva e o desconforto interno (Festinger, 1975) provocado pelo confronto entre a necessidade de fumar, o elevado consumo de cigarros e a convicção de que o tabaco prejudica a saúde. Assim, através de

[73] Recorde-se que na sequência do estudo das qualidades psicométricas da *Bortner Scale*, ao invés de se avaliar um atributo mais geral conhecido por padrão de comportamento tipo A, passou a avaliar-se uma dimensão mais específica, relativa à urgência de tempo e impaciência.

[74] Note-se que estes cigarros não podem deixar de ser considerados como parte integrante da dependência tabágica, dado que preenchem vários critérios, designadamente de dependência gestual (i.e. acender os cigarros), emocional (i.e. necessidade de ter vários cigarros acesos) e mesmo física, considerando que o fumo da corrente lateral (i.e. fumo libertado enquanto o cigarro arde) também é inalado pelo fumador.

mecanismos de dissociação[75] e de denegação, o fumador pode reduzir a tensão psicológica e adiar a decisão de parar. Como resultado, a dependência passa a ser avaliada como menos intensa do que é na realidade, já que "foram os cinzeiros a fumar os cigarros" e não o próprio fumador. É interessante observar o esforço de racionalização que estas pessoas desenvolvem, no sentido de demonstrar a correcção dos seus pontos de vista. Naturalmente, a intensidade da denegação deverá estar relacionada com o nível de dependência e, portanto, constituirá um sinal, quer da dependência em relação aos cigarros, quer da dificuldade de se confrontar com a mudança pessoal.

Relativamente às mulheres fumadoras, a tendência para considerar que o cigarro está "sempre na boca" pode resultar de uma avaliação exagerada, na qual a pessoa acentua a importância da sua acção e, por inerência, a probabilidade de vir a sofrer consequências nefastas. Desta forma, é possível que exista uma certa tendência para a abstracção selectiva, cuja principal característica, neste caso, é a hipersensibilidade em relação aos aspectos perniciosos e ameaçadores da situação. Como se pode depreender, este tipo de enviesamento reveste-se de uma natureza eminentemente ansiosa (Beck, Emery & Greenberg, 1985). As respostas das mulheres ex-fumadoras, porém, parecem mais concordantes com a realidade, ao referirem ter o cigarro tanto tempo na "boca como na mão". Inversamente, os homens mudaram radicalmente o sentido da sua opinião, uma vez que passam a relatar ter o cigarro "sempre na boca". É possível que após uma fase de negação relativamente à dependência e aos malefícios associados ao tabagismo, se desencadeie uma reacção de alarme e culpabilização, próxima do enviesamento ansioso descrito para as mulheres fumadoras.

Percepção de risco

As mulheres parecem mais sensíveis ao facto de que fumar é prejudicial para a saúde. Registam-se diferenças significativas entre as mulheres sem hábito tabágico (não fumadoras e ex-fumadoras) e com hábito tabágico, surgindo as não fumadoras com

[75] Utiliza-se a expressão "dissociação" para qualificar as alterações secundárias e transitórias das funções normais de integração da consciência, da identidade e do comportamento motor. Trata-se de um processo provisório ou parcial de desintegração da actividade psíquica (Postel, 1998) que é provocado por representações ou estímulos desagradáveis, ansiogénicos ou que ameaçam a identidade pessoal. Por este meio, partes conflituantes ou antagónicas da pessoa, passam a poder coexistir como se de identidades diferentes se tratassem.

maior percepção de risco (*M* = 3,8; *DP* = 0,5), seguidas das ex-fumadoras (*M* = 3,7; *DP* = 0,6) e, finalmente, das fumadoras (*M* = 3,5; *DP* = 0,6). Entre os homens e as mulheres, apenas se registam diferenças significativas na categoria dos não fumadores, novamente com as mulheres a referir maior percepção de risco associado ao tabagismo (*M* = 3,8; *DP* = 0,5 vs. *M* = 3,7; *DP* = 0,6, respectivamente). Assim, as mulheres, principalmente as não fumadoras, parecem revelar maior sensibilidade a um dos aspectos centrais na percepção do risco, ou seja, os conteúdos de medo ("fumar é perigoso para a saúde"). Este dado é relevante, considerando que à medida que uma actividade, neste caso o tabagismo, é avaliada como perigosa ou desagradável, aumenta a percepção das desvantagens e a sensação de perigo ou vulnerabilidade (Finucane et al., 2000) e, portanto, a tendência para adoptar comportamentos preventivos. Isto pode querer dizer que as mulheres são mais susceptíveis de percepcionar mensagens que incluam conteúdos emocionais e de medo, o que pode ser importante no planeamento de estratégias para prevenir comportamentos de risco. Os homens, pelo contrário, tendem a manter uma atitude de denegação ou minimização do risco, facto que os torna mais vulneráveis e desprotegidos. Deve recordar-se que, embora a eficácia das mensagens em saúde seja bastante depende do nível de medo provocado, considerando que estes conteúdos tendem a captar imediatamente a atenção, importa considerar que, se a intensidade da emoção for extrema (muito baixa ou alta), a mensagem tende a ser ignorada ou evitada, tornando-se, portanto, ineficaz. Por seu turno, quando os níveis de medo são moderados, a motivação para adoptar comportamentos preventivos é maior. Em algumas circunstâncias, o próprio impacto emocional da mensagem pode contribuir para que a pessoa recorra a comportamentos sedativos, por exemplo, ao tentar lidar com o medo através da ingestão de álcool (Bloom, 1996) ou de cigarros. É, aliás, habitual ouvir os fumadores referirem que sentem tensão e vontade de fumar, quando ouvem falar sobre os malefícios do tabagismo ou quando é referida a necessidade de parar de fumar.

Tentativas para deixar de fumar

Verifica-se, em ambos os sexos, que os ex-fumadores relatam significativamente maior número de tentativas para deixar de fumar, do que os fumadores. Daqui podem retirar-se várias inferências. Em primeiro lugar, que a dependência da nicotina é uma

doença com tendência à cronicidade e à recidiva (Fiore et al., 2000). Em segundo lugar, quanto maior o número de tentativas para deixar de fumar, maior a probabilidade de conseguir definitivamente atingir esse objectivo. Este pressuposto está de acordo com a noção de que, em média, o fumador recai duas a quatro vezes antes de conseguir parar (Fisher & Goldfarb, 1998). Em terceiro lugar, é frequente ocorrerem progressos e retrocessos ao longo do processo de desabituação, bem como momentos de aceleração e desaceleração no ritmo de mudança (Prochaska, Johnson & Lee, 1998). Em quarto lugar, as aprendizagens obtidas ao longo das várias tentativas parecem ser cumulativas, como aliás sugerem vários autores (Kalman et al., 2002; Marlatt & Gordon, 1985).

O número médio de dias sem fumar foi, naturalmente, maior nos ex-fumadores de ambos os sexos do que na categoria dos fumadores. Aqui, porém, é interessante registar que enquanto os homens ex-fumadores têm significativamente mais dias sem fumar, em comparação com as mulheres (M = 4625,5; DP = 4035,3 *vs.* M = 3008,0; DP = 3128,8, respectivamente), na categoria dos fumadores ocorre o inverso, ou seja, são as mulheres que apresentam significativamente mais dias sem fumar (M = 593,2; DP = 1091,6 *vs.* M = 439,2; DP = 917,2, respectivamente). Este resultado sugere que apesar de as mulheres fumadoras fazerem mais tentativas para deixar de fumar, os homens parecem mais eficazes na manutenção da abstinência (Freund et al., 1992). Na sequência da discussão anterior, a razão da maior eficácia dos homens na manutenção da abstinência poderá dever-se ao facto de a sua dependência ter uma natureza mais física, em comparação a dependência emocional mais marcada nas mulheres. Assim, uma vez superadas as dificuldades relativas à dependência física da nicotina, particularmente a síndroma de abstinência, os homens podem apresentar mais facilidade em continuar sem fumar, desde que não se interponham obstáculos significativos no seu quotidiano. As mulheres, por seu lado, podem estar expostas a pressões e papéis quotidianos mais diversificados (i.e. filha, esposa, amante, mãe, empregada, dona de casa) e, portanto, ao aumento da carga de trabalho, do stresse físico e da tensão emocional (Lundberg, 1998). Importa não esquecer, também, outros aspectos como a propensão feminina para a depressão, para as preocupações com o peso ou para as variações do humor associadas à síndroma pré-menstrual (Ershoff, Mullen & Quinn, 1989). Este conjunto de factores sócio-cognitivos contribui, certamente, para uma aprendizagem da auto-administração da nicotina fortemente ligada aos estímulos emocionais. Como é natural, quando os desencadeantes do

desejo de fumar estão constantemente presentes e disseminados por diversas situações, a probabilidade de se desencadearem padrões de reacção biocomportamentais será elevada e, por inerência, o risco de recair. Esta perspectiva, aliás, é confirmada em estudos acerca dos padrões de recaída em fumadores (Shiffman, 1986).

De entre as principais razões para deixar de fumar, destacam-se, em ambos os sexos, as preocupações em "manter a saúde" (51% *vs.* 40,3%, respectivamente) e o "medo das doenças provocadas pelo tabaco" (33,1% *vs.* 27,7%, respectivamente). No caso das mulheres fumadoras, porém, a "gravidez" constitui a primeira razão para deixar de fumar (16,2%), enquanto, para as ex-fumadoras esta razão é referida em terceiro lugar (9,9%). Ter sofrido uma doença, podendo esta ser uma infecção respiratória ou um quadro de doença física, também são razões importantes para deixar de fumar. As razões menos referidas (ex. "conselho médico", "pressão da família, do cônjuge ou do(a) namorado(a)", "pressão social para não fumar" ou "interdição de fumar no trabalho") referem-se a um *locus* de controlo externo, enquanto as mais referidas se relacionam com argumentos de natureza internalizada. De facto, o *locus* de controlo interno tem sido descrito como um preditor de vários comportamentos em saúde, incluindo a cessação tabágica (Wallston & Wallston, 1978). Ligado à noção de *locus* de controlo e às principais razões para deixar de fumar, também se poderiam mencionar os conceitos de *hardiness* (Kobasa & Maddi, 1977) e o sentido de coerência (Antonovsky, 1987). Em ambos os casos, a saúde é entendida como o resultado da capacidade de envolvimento emocional, do controlo sobre as acções e da possibilidade de construir sentido existencial. Constata-se, assim, que o acesso a informação sobre tabagismo pode desempenhar um papel importante na sensibilização sobre os benefícios associados à cessação tabágica, no esclarecimento dos riscos relacionados com o consumo de produtos do tabaco e até na criação de uma percepção de competência pessoal para atingir e controlar objectivos relevantes ao nível da saúde. Particularmente no que diz respeito à gravidez, tal como em situações agudas de doença física, é frequente ocorrer, neste período, uma mudança na identidade pessoal que propicia a cessação tabágica e a adopção de comportamentos preventivos (Floyd et al., 1993; Trigo & Rocha, 2002). Recorde-se que, apesar de toda a mistificação feita em torno da desabituação tabágica em grávidas, a norma de orientação clínica refere que estas fumadoras devem ter acesso a intervenções psicossociais para deixar de fumar. Embora seja preferível atingir a

abstinência no início da gravidez, qualquer momento é propício para parar, devendo ser considerada a utilização de fármacos, sempre que tal solução se revelar necessária (Fiore et al., 2000).

De uma forma geral, o recurso a técnicas para deixar de fumar foi muito escasso, com o valor máximo de respostas afirmativas a rondar os 6,1%. A utilização de pastilhas e rebuçados sem nicotina (6,1%), o controlo de estímulos (4,7%) e a redução gradual da ingestão de nicotina e alcatrão (4,4%) foram as respostas mais frequentes. Os homens, em comparação com as mulheres, utilizaram significativamente mais a terapia de substituição nicotínica, embora a quantidade de respostas afirmativas tenha sido de apenas 2,6%, no conjunto dos 340 participantes. Este resultado leva-nos a concluir que a maioria das tentativas para deixar de fumar não foi acompanhada por técnicos de saúde e, provavelmente, não terá sido realizada com base em informação credível acerca dos processos de cessação e desabituação tabágica. Admite-se, assim, que o esforço necessário para parar e a taxa de recaída sejam mais elevados do que num contexto de acompanhamento clínico, com maior acesso à informação ou mediante um planeamento mais consistente das tentativas para deixar de fumar. Polivy e Herman (2002), aliás, realçam que a dificuldade em interiorizar as competências necessárias para deixar de fumar e para manter a abstinência, juntamente com a falsa expectativa de que a mudança será fácil de atingir, justificam uma taxa de recaída próxima dos 90%, na primeira tentativa.

É, pois, urgente aumentar o número de consultas para deixar de fumar, mas também difundir, em larga escala, informação sobre estratégias de desabituação tabágica. Os maços de cigarros, por exemplo, poderiam conter estímulos de contra-condicionamento, sugerindo alternativas a fumar e incitando a utilização de técnicas para deixar de fumar[76]. Desta forma, não apenas o fumador seria confrontado com informações que pode desconhecer e que são úteis na cessação tabágica, mas passaria também a existir um enquadramento positivo e de ganho, capaz de orientar numa direcção apropriada. Estas estratégias têm sido indicadas como formas potencialmente eficazes para influenciar a adopção de atitudes e comportamentos anti-tabágicos (Strahan et al., 2002). Importa não esquecer que informações desta natureza também

[76] Exemplos deste tipo de indicações seriam: "quando está tentado a fumar, beba um golo de água", "a tentação de fumar passa em três minutos", "deixe sempre os cigarros fora do alcance da mão", "se quer parar de fumar use terapia de substituição nicotínica", "se quer parar de fumar, reduza um cigarro cada dia".

podem gerar um "efeito *boomerang*" (Hyland & Birrell, 1979), ao suscitar ansiedade e, consequentemente, desejo de fumar. O mesmo se poderá dizer, porém, relativamente aos actuais avisos.

A maior dificuldade que os homens sentiram ao deixar de fumar, foram os "sintomas psicológicos de abstinência" (23,8%), enquanto a maioria das mulheres relatou não ter sentido qualquer dificuldade (31,4%). Esta diferença, estatisticamente significativa, pode sugerir que os homens têm níveis mais elevados de dependência dos cigarros. De uma forma geral, porém, a sequência das principais dificuldades é semelhante em ambos os sexos. O que se revela interessante salientar é a existência de várias diferenças significativas na percepção de dificuldades, entre ex-fumadores e fumadores, verificando-se que os ex-fumadores de ambos os sexos identificaram sempre mais dificuldades do que os fumadores. A este respeito recordamos que a importância da consciencialização nos processos de mudança é particularmente enfatizada no modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Johnson & Lee, 1998), bem como nas abordagens em terapia para a prevenção da recaída (Gorski & Miller, 1986; Marlatt & Gordon, 1985). É precisamente neste sentido que Marlatt e Gordon (1985) descrevem o conceito de "decisões aparentemente irrelevantes", para se referirem aos processos não conscientes de tomada de decisão que culminam na recaída. A importância de manter um nível elevado de avaliação pessoal e ambiental é de tal forma importante que Gorski e Miller (1986), comparam a recuperação da dependência à subida de uma escada rolante que gira em sentido descendente. Nesta situação não é necessário fazer nada para descer ou recair, mas exige-se um esforço activo para conseguir subir ou recuperar. É, pois, bastante provável que a diminuição do nível de avaliação pessoal e activação cognitiva perante as dificuldades e os obstáculos que se colocam na desabituação tabágica, constitua um sinal de desprotecção pessoal e, por inerência, um factor de recaída. Inversamente, um dos preditores mais relevantes na superação das crises de recaída é o recurso a estratégias activas de confronto (Shiffman, 1985).

Outra possibilidade, é a de que os fumadores, com o objectivo de reduzirem a dissonância cognitiva desencadeada pela recaída, desvalorizem as dificuldades sentidas. Esta reacção de protecção contra a angústia, o conflito interno e o medo de não atingir a resolução (i.e. parar de fumar), poderá funcionar como um mecanismo de descanso e recuperação, até que a motivação seja restabelecida e uma nova tentativa possa ser feita. Seria, pois, um equilíbrio entre a fantasia de que afinal tudo

foi fácil (registo maníaco) e a angústia de morte, uma vez que falhar significa colocar a vida em risco (registo depressivo).

As três principais razões de recaída, referidas pela mesma ordem em homens e mulheres, foram a "afectividade positiva" (18,5% *vs.* 26,2%, respectivamente), a "exposição ao estímulo" (17,2% *vs.* 15,2%, respectivamente) e a "afectividade negativa" (15,9% *vs.* 8,4%, respectivamente). Note-se que, no grupo dos homens, a diferença entre o número de pessoas a responder afirmativamente às três primeiras razões de recaída é muito reduzido (n = 28, 26 e 24, respectivamente). De acordo com a literatura (Shiffman, 1986; Witkiewitz & Marlatt, 2004), contudo, seria mais provável que a afectividade negativa surgisse como a principal razão de recaída. Assim, contrariamente à expectativa, as situações de convívio e a exposição ao estímulo, surgem com uma relevância equiparada à da afectividade negativa. Aquilo que se pode concluir é que a dependência emocional, envolvendo a afectividade positiva e negativa, bem como a dependência social, parecem desempenhar um papel mais importante na recaída do que a própria dependência física. Se considerarmos, por exemplo, uma pessoa que recai seis meses após ter parado de fumar, torna-se compreensível que esta situação não se deverá, realmente, à falta de nicotina que há muito terá sido eliminada do organismo, mas a desencadeantes psicossociais. Na mesma direcção, pode ser interpretado o facto de os sintomas físicos de abstinência terem sido a razão de recaída menos escolhida em ambos os sexos (0,7% *vs.* 0%, respectivamente), embora seja um dos receios mais comuns nos fumadores e pessoas em processo de cessação tabágica. Este resultado também é concordante com a concepção de Shiffman (1985), segundo a qual a capacidade para mobilizar estratégias de confronto desempenha um papel mais importante na prevenção da recaída, do que os sintomas de privação.

Relativamente às razões de recaída, é ainda necessário referir que os homens, em comparação com as mulheres, relatam, significativamente com maior frequência, ter recaído devido a situações de afectividade negativa. Aqui importaria distinguir os factores de manutenção do hábito tabágico, dos factores capazes de precipitar crises de recaída. Assim, enquanto as mulheres parecem ter um perfil de dependência emocional e tendência para apresentar índices mais elevados de afectividade negativa, os homens podem manifestar maior reactividade e impulsividade face a obstáculos do quotidiano, particularmente na esfera laboral, procurando os cigarros como estratégia para conter a irritação ou a ira. É, assim, possível que o recurso aos cigarros, ao álcool

ou a outras substâncias, funcione segundo um princípio de auto-medicação (Benowitz, 1998; Gilbert, 1995; Kozlowski, Henningfield & Brigham, 2001) perante situações excessivas ou inesperadas. Na realidade, esta estratégia de desactivação emocional e comportamental servirá como manobra de distracção, relativamente aos obstáculos ou conflitos que se colocam à persecução dos objectivos pessoais (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Como é natural, existe aqui uma inadequação no tipo de resposta ao stresse, considerando que, em vez de se encontrarem soluções construtivas, gera-se um outro problema que é a recaída e o consumo abusivo de substâncias. A diferença entre homens e mulheres quanto à influência das situações de afectividade negativa, no processo de recaída, poderá relacionar-se com o tipo de reacção. Nos homens, é possível que ocorra uma reacção mais disfórica, impulsiva e discordante com o estado de humor prévio, enquanto nas mulheres o padrão de reacção poderá ser menos impulsivo e mais concordante com um humor de tipo ango-depressivo. Outra possibilidade, embora menos provável, é a de que os homens com maior dependência física sejam aqueles que têm mais dificuldade em parar e, por esta razão, a categoria de ex-fumadores seja constituída essencialmente por homens cuja dependência era mais de tipo emocional do que física.

Quando se perguntou se alguém incentivou a deixar de fumar, a maioria dos participantes, homens e mulheres (46,4% *vs.* 39,8%, respectivamente), respondeu não ter recebido incentivo de ninguém. É possível que esta resposta esteja intimamente relacionada com mecanismos do funcionamento cognitivo, particularmente o mnésico. Segundo Cohen (1989), o sentido de identidade ou de auto-conceito, depende da capacidade para recordar a história pessoal. Assim, quando enfrentamos um novo momento da nossa vida, influenciamos essa circunstância com acontecimentos passados, mas também com situações imaginárias relativas ao futuro (Damásio, 2004). Por seu turno, a memória autobiográfica (i.e. memória semântica) relaciona-se com a consciência acerca dos nossos objectivos de vida, com as emoções, com o sentido que cada pessoa dá à sua experiência e à sua existência. A propósito dos mecanismos cognitivos de transformação da informação, Bowers (1987a, 1987b,

cit. in Gonçalves, 1995), sugere a existência de três níveis de consciência[77] que mantêm relações de multi-determinação, não fazendo sentido traçar dicotomias entre comportamentos determinados consciente ou inconscientemente, dado que todas as experiências conscientes têm determinantes inconscientes. Por este meio, factos e episódios concretos (memória episódica) são seleccionados segundo um "efeito de auto-referência" (Eysenck & Keane, 1999) que torna mais provável a recordação dos aspectos intimamente relacionados com o conhecimento e o conceito que a pessoa tem de si. Assim, embora não seja discriminado pelo sujeito, existem múltiplas influências que, conjuntamente, actuam na formação do *self* (Si mesmo[78]). Na realidade, o *self* não é um núcleo isolado e encerrado no cérebro, mas existe em função das relações interpessoais. O *self* também não responde apenas ao presente, dado que vai buscar significado às circunstâncias históricas que dão forma à cultura, de que ele é expressão (Bruner, 1990). Assim, de um ponto de vista construtivista, a consciência implica sempre uma actividade de síntese das diferentes informações. A validade dos auto-relatos não resulta, pois, da sua adequação à realidade, mas da informação que fornecem sobre a forma como o indivíduo aborda os elementos que são objecto de construção (Gonçalves, 1995). Então, é possível que as várias influências para deixar de fumar tenham sido assimiladas pelo fumador que, ao apropriar-se de toda a experiência inerente ao deixar de fumar, plena de carga emocional, tenha criado uma nova narração pessoal do acontecimento que não segue

[77] A "consciência de primeira ordem" opera quando a informação percepcionada é alvo da atenção, passando a estar disponível ao nível da memória episódica. A "consciência de segunda ordem" surge quando alguém explica ou tira inferências acerca do conteúdo da consciência de primeira ordem. Este nível de consciência consiste num conjunto de teorias (implícitas ou explícitas) e crenças acerca dos conteúdos da consciência de primeira ordem. A "consciência de terceira ordem" consiste numa auto-consciência, isto é, a consciência do próprio sujeito como autor dos seus pensamentos e das suas acções (Gonçalves, 1995).

[78] Com alguma frequência, tem-se notado a tendência para traduzir a expressão *self*, como "Si", "Si mesmo" ou "Eu". Para a escola inglesa, o Si representa a pessoa enquanto lugar de actividade psíquica na sua totalidade. O Si é o produto de processos dinâmicos que asseguram a unidade e a continuidade da pessoa (Doron & Parot, 2001). Com base nas reflexões de Mahoney (1998), por seu turno, o *self* tem sido descrito segundo vários pontos de vista: (1) o "*self* como objecto", considerando que o *self* nada mais é do que a acumulação de experiências, (2) o "*self* como ilusão", no sentido em que nós somos aquilo que pensamos, (3) o "*self* como reflexo", considerando que o Eu é um produto da imitação, da internalização e das inferências proporcionadas pelas percepções e avaliações das outras pessoas a nosso respeito, (4) o "*self* como pessoa social", dado que o desenvolvimento do auto-conhecimento requer a interacção com "outros", (5) o "*self* como centro defensivo", uma vez que o *self* se coloca no centro do funcionamento psicológico, coordenando os impulsos conflituosos, assim como as demandas do mundo exterior e (6) o "*self* como agente, teoria, processo e projecto", onde o *self* surge com uma natureza predominantemente táctica, processual e como uma teoria totalmente incorporada de si mesmo e do mundo que o cerca. O termo "teoria", não implica um conjunto explicitamente articulado de crenças, mas apenas um conjunto abstracto e aberto de princípios organizadores.

de forma linear a realidade. Deste ponto de vista, torna-se mais compreensível que a maior parte dos fumadores não refira qualquer incentivo para a sua decisão de parar.

A segunda resposta mais frequente, relativamente ao incentivo para deixar de fumar, foi a referência à ajuda do "cônjuge", quer em homens, quer em mulheres (22,5% *vs.* 27,7%, respectivamente), embora as mulheres relatem receber significativamente mais incentivo por parte dos maridos, do que os homens, relativamente às esposas. Estes factos dão conta da importância que as relações íntimas desempenham na auto-regulação das cognições de saúde e de doença[79], na tomada de decisões pessoais e, provavelmente, na modelação de atitudes. Parece, porém, existir um aproveitamento diferente deste tipo de apoio social, em homens e mulheres. Enquanto as mulheres referem, mais frequentemente do que seria de esperar, beneficiar do apoio dos maridos, com os homens ocorre o oposto. O incentivo dos maridos tem, pois, um efeito positivo na cessação tabágica, considerando que há significativamente mais mulheres ex-fumadoras a referi-lo, do que mulheres fumadoras e homens ex-fumadores ou fumadores. Estes dados são concordantes, por um lado, com vários estudos, particularmente os de Brown e Harris (1986), nos quais se salienta a importância da intimidade e da lealdade com o marido ou o companheiro, para a estabilidade emocional da mulher e, por outro lado, com o facto de as mulheres terem maior capacidade do que os homens para aproveitar vários tipos de apoio social (Schwarzer & Lepin, 1989). Segundo Argyle (1992), as mulheres têm maior tendência para procurar relações próximas e de apoio, são calorosas e confiam, enviam mais sinais não verbais positivos, bem como outros reforços e cooperam mais do que os homens. Ainda em relação aos incentivos para deixar de fumar, é interessante notar que o apoio dos filhos e dos pais é significativamente mais referido pelos fumadores, do que pelos ex-fumadores. É possível que este estímulo para parar seja entendido, pelo fumador, mais como uma forma de persuasão, do que como um factor genuíno e intrínseco de motivação.

Especificamente em relação ao conselho médico para deixar de fumar, a maioria dos ex-fumadores de ambos os sexos referem "nunca" ter sido alvo dessa abordagem. No caso dos fumadores, porém, a resposta mais frequente é "algumas vezes" ter sido

[79] Segundo o modelo da auto-regulação do comportamento de doença (Leventhal & Nerenz, 1985), existem três fases na regulação dos comportamentos de saúde / doença: (1) interpretação (percepção dos sintomas e mensagens sociais), (2) activação das estratégias de confronto (estratégias de aproximação ou de evitamento) e (3) avaliação da eficácia.

aconselhado pelo médico. Uma interpretação possível deste resultado, tem a ver com idade em que as pessoas deixaram de fumar. Pela análise do número médio de dias sem fumar, pode constatar-se que os ex-fumadores pararam há aproximadamente dez anos. É provável que o conselho médico para deixar de fumar, há dez ou quinze anos atrás, estivesse bastante menos enraizado no conceito de boa prática clínica. Recorde-se que a primeira norma norte-americana de orientação clínica, no âmbito da dependência do tabaco, data de 1996 (Fiore et al., 2000) e a portuguesa apenas foi editada em 2002 (Soares & Carneiro, 2002). Pode, pois, admitir-se que o conselho médico tenha ocorrido com alguma frequência, sem que fosse, porém, acompanhado pela oferta efectiva de apoio ao nível da cessação tabágica. Recorde-se que o recurso a programas de cessação ou a terapêuticas de substituição nicotínica foi praticamente inexistente. Neste caso, o reconhecimento e a apreciação pela ajuda clínica terá sido diminuto, precisamente porque ele não ocorreu. Torna-se, portanto, compreensível que não exista um registo emocional e cognitivo dessa abordagem.

História de tabagismo na família

Relativamente à história de tabagismo na família, no caso dos homens, verifica-se que o hábito tabágico do filho se associa ao hábito tabágico do pai. Assim, os filhos de pais não fumadores tendem a ser não fumadores, enquanto os filhos de pais fumadores tendem a ser ex-fumadores ou fumadores. Quando o hábito tabágico está presente nos irmãos, observa-se uma tendência ainda mais significativa para o desenvolvimento de hábitos tabágicos, em ambos os sexos. A associação, porém, mais significativa regista-se no hábito tabágico dos cônjuges. Quando um dos membros do casal fuma, quer seja homem ou mulher, o outro parceiro também tende a fumar. Inversamente, quando um dos membros do casal não fuma, é mais provável que o outro também não fume. O hábito tabágico da mãe não revela qualquer associação com o dos filhos.

Aquilo que está em causa não são apenas os processos de aprendizagem, os quais certamente contribuem para a diferenciação da organização intrapsíquica, mas de uma modalidade ainda mais profunda de estruturação das experiências que se denomina por identificação e, portanto, dos mecanismos psicológicos de

internalização e externalização[80]. Enquanto a aprendizagem desencadeia modificações ao nível da representação e das capacidades funcionais, a identificação produz mudanças estruturais que afectam a realidade interna do Eu e a organização da personalidade (Grinberg, 2001). A identificação intervém em todas as relações humanas, estabelecendo uma relação de empatia entre o sujeito e o objecto desta identificação. Deste modo, não apenas se assimilam atitudes, gestos ou emoções do modelo, mas cria-se também a possibilidade do sujeito se colocar no lugar do outro (op cit.). Assim, quando os pais, os irmãos ou os companheiros servem como modelos favoráveis ao tabagismo ou a outros comportamentos pró-desviantes, os jovens têm maior risco de também desenvolver esse hábito ou comportamento (Nofziger & Lee, 2006).

O que podemos observar em relação à influência que o hábito tabágico do pai exerce sobre os seus filhos, é precisamente a persuasão de um modelo emocionalmente muito próximo e significativo. O cigarro surge, então, como um símbolo associado ao pai, à autoridade e ao poder o qual, simultaneamente, cria a sensação de usufruir de algo que pertence ao mundo dos adultos. Assim, quando o jovem experimenta fumar, pode estar a agir o seu ritual de passagem para um estatuto simbolicamente mais elevado e próximo daquele que o pai representa. Deste modo, a admiração relativamente a um modelo tende a promover a imitação de várias das suas atitudes ou acções e, no caso do tabagismo, os princípios psicoactivos da substância rapidamente garantem a perpetuação desse comportamento. Simultaneamente e num sentido inverso, fumar também representa um desafio aos limites e às regras impostas pelas figuras de autoridade. Desde logo, quando o jovem começa a fumar, coloca em causa a autoridade do pai, ao confrontá-lo com a sua própria limitação, dado que o pai pode dizer para não fumar, mas não pode garantir que a sua regra seja cumprida. Esta transgressão do adolescente servirá, então, como uma provocação e teste aos limites da autoridade, resultando numa experiência directa de exercício do poder e diferenciação pessoal do adolescente.

[80] Segundo Grinberg (Grinberg, 2001; Grinberg & Grinberg, 1998), a identidade resulta de um processo de integração contínua de três tipos de vínculos: (1) o "vínculo de integração espacial" que se refere à relação entre as diferentes partes do *self*, designadamente o *self* corporal, permitindo a diferenciação *self vs.* não-*self*, (2) o "vínculo de integração temporal" que estabelece uma continuidade entre as diferentes representações do *self*, ao longo do tempo e (3) o "vínculo de integração social" que identifica aspectos do *self* com aspectos do mundo circundante, por meio de mecanismos de internalização e externalização.

Por outro lado, tem sido sugerido que embora a modelagem com as figuras parentais se relacione com o início do consumo de cigarros e com o estabelecimento da dependência (Chassin et al., 2000; Griffin et al., 1999; Silvis & Perry, 1987; Wetter et al., 2004), a cessação tabágica não mantém relação com este tipo de influência social (Chassin et al., 2000). Os resultados disponíveis nesta investigação apontam na mesma direcção. Assim, embora se registe uma associação entre o tabagismo do pai e o dos filhos, foi muito baixa a referência dos ex-fumadores ao incentivo dos pais para deixar de fumar, tanto nos homens como nas mulheres (2,6% *vs.* 3,1%, respectivamente). Assim, embora a influência do pai surja associada à iniciação no consumo de tabaco, não se revela importante como incentivo na cessação. Note-se, porém, que devido a limitações inerentes à natureza das perguntas (ex. "o seu pai nunca fumou, é ex-fumador ou é fumador?"), não é possível afirmar com rigor que o facto de o pai fumar constitua um contributo directo para o(a) filho(a) também começar a fumar. Pela mesma razão, a baixa frequência com que foi referido o incentivo dos pais para deixar de fumar, é insuficiente para concluir acerca da baixa influência das figuras parentais na cessação tabágica.

No que diz respeito à associação entre os hábitos tabágicos dos irmãos, devemos remeter para o que já foi discutido sobre as "experiências iniciais com cigarros", designadamente em relação às tarefas desenvolvimentais durante a adolescência (Erikson & Erikson, 1997) e aos processos de influência social (Moscovici & Doise, 1991). A este respeito, porém, podemos considerar mais algumas questões relevantes. Em primeiro lugar e devido a limitações inerentes à forma como a recolha de dados foi efectuada, não sabemos se a influência dos irmãos depende da sua idade, do sexo ou do número de irmãos. Em segundo lugar, o resultado obtido é concordante com outros dados da literatura que referem um aumento da probabilidade de fumar entre os jovens cujos irmãos fumam (Nofziger & Lee, 2006; Wetter et al., 2004). Em terceiro lugar, com base na teoria da aprendizagem social, é possível afirmar que as relações iniciadas em idades mais precoces e que apresentam características como maior frequência, duração, intensidade ou importância, revestem-se de uma influência muito mais significativa na modelação dos comportamentos do adolescente (Nofziger & Lee, 2006). A este nível de intimidade colocam-se os irmãos ou os grandes amigos de infância. Nestas relações existem vários processos importantes para o desenvolvimento, particularmente a identificação recíproca, a cooperação, a cumplicidade, mas também a necessidade de diferenciação e de competição. Assim,

se um dos pares decide arriscar uma nova experiência, é provável que arraste consigo o outro elemento, dominado pela curiosidade e, eventualmente, por uma sensação de impunidade ou de menor risco, ocorrendo um efeito de desinibição que facilita a acção (Leyens, 1988). Por outro lado, se um dos pares faz algo, considerado diferente ou arrojado, é previsível que o outro se sinta pressionado a não ficar para trás, impulsionando-se no sentido de nivelar a sua experiência e de confirmar o seu valor ou estatuto pessoal. Neste estudo, porém, a associação mais significativa entre o grau de parentesco e o tabagismo, é entre os cônjuges. Provavelmente, a facilitação do hábito tabágico, no seio de um casal, não deverá constituir tanto um factor de iniciação, mas antes um factor de manutenção e perpetuação. Podem, desde logo, colocar-se três hipóteses para este resultado:

- **Exposição selectiva aos grupos.** Como mostram concepções como a teoria da acção racional e do comportamento planeado (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1967) e a Psicologia Social em geral, a pertença a um grupo e a partilha das normas que daí resulta, provocam uma certa uniformidade de personalidade nos seus membros. A escolha de um grupo não será, assim, casual. Em função da sua personalidade, um dado indivíduo escolherá certos grupos de pertença, em vez de outros e esta escolha mais não fará do que reforçar a sua personalidade inicial (Leyens, 1988). Concretamente no caso do tabagismo, uma vez iniciado o hábito tabágico, é mais provável que o jovem continue a procurar outros parceiros que também fumem. Este processo selectivo de interacção e aprendizagem social, permite ao adolescente continuar a receber reforços positivos pelo facto de fumar (Nofziger & Lee, 2006). Segundo este raciocínio, um fumador terá, então, maior tendência para se expor a parceiros que fumam e a ambientes sociais que propiciem o tabagismo.
- **Dissonância cognitiva.** Uma hipótese complementar, baseia-se nos pressupostos da teoria da dissonância cognitiva (Festinger, 1975). É sabido que a dissonância ou o conflito intra-psíquico provocam desconforto, o que leva à procura de consonância. Quando existe dissonância, a pessoa evitará as situações e informações susceptíveis de a aumentar. Neste sentido, é mais provável que um casal de fumadores evite colocar a possibilidade de parar de fumar, do que um casal em que apenas um dos elementos fume. Assim, se o primeiro casal (fumador - fumador) pode manter um nível maior de

consonância, enquanto não ocorrer a mudança de nenhum deles, ou seja, ambos os elementos continuarem a fumar, no segundo casal (não fumador - fumador) essa estabilidade só acontecerá depois de ocorrer uma mudança, na qual um deles pare ou o outro comece a fumar. A este propósito é interessante notar a frequência com que surgem casais de fumadores nas consultas para desabituação tabágica, a fim de pararem simultaneamente. Nestas situações o objectivo é que nenhum dos membros do casal tenha de enfrentar sozinho o conflito provocado pela manutenção do seu comportamento de risco.

- **Indução do hábito tabágico.** Embora a iniciação tabágica durante a idade adulta seja menos comum (Chassin et al., 2000; Chen & Kandel, 1995; Kandel & Logan, 1984; Yamaguchi & Kandel, 1985), a sua ocorrência é possível. Nesta hipótese, a associação entre o hábito tabágico dos cônjuges poderia decorrer do maior risco que os casais "mono-fumadores" têm de se tornar ambos fumadores. Este aumento da probabilidade de adquirir o comportamento tabágico, poderia decorrer da exposição continuada à substância, da acessibilidade dos cigarros, da permissividade relativamente ao consumo, da facilitação inter-pessoal, da modelagem e, finalmente, da identificação.

Relato de doenças

O relato de doenças, em ambos os sexos, é significativamente mais elevado nos participantes com hábito tabágico (ex-fumador e fumador) do que nos não fumadores. Por seu turno, as mulheres, em comparação com os homens, referem mais doenças, independentemente do hábito tabágico. A comparação entre as doenças que sofreu no passado e as doenças que sofre na actualidade, coloca em evidência um aumento significativo na percepção de doenças actuais, exceptuando o grupo de homens ex-fumadores, nos quais não se verifica um aumento significativo.

Obviamente que este estudo não tem qualquer pretensão de estabelecer uma associação entre o tabagismo e a doença. Esta relação foi já bem estabelecida através de diversas investigações, nomeadamente as que se realizaram sob impulso de Doll e Hill (1950, 1954, 1956, 1964, 1976; Doll & Peto, 1978¸ Doll et al., 1994, 2004), tendo sido acompanhadas por uma reacção da comunidade científica que assumiu claramente a importância deste risco para a saúde humana (TRCPL, 1962; USDHEW, 1964). Por outro lado, o registo de doenças fez-se apenas com base no relato do

participante, tratando-se, por esta razão, de um resultado eventualmente mais relacionado com a percepção de vulnerabilidade ou de risco, do que com a incidência ou prevalência efectiva de morbilidade. Neste caso, levanta-se uma outra questão. Para avaliar devidamente a percepção de risco deveria incluir-se a noção de probabilidade e de referência, ou seja, as perguntas deveriam suscitar comparações de probabilidade em sofrer uma doença concreta, entre não fumadores, ex-fumadores e fumadores (ex. "comparativamente com um não fumador, até que ponto considera ter maior probabilidade em sofrer de cancro do pulmão?"). Não se pode, contudo, descartar a possibilidade de existir uma forte relação entre o relato de sinais, sintomas e doenças e a sua efectiva ocorrência. Do mesmo modo, o relato espontâneo de doenças e a sua comparação em função do hábito tabágico, pode dar uma indicação da tendência para os não fumadores, os ex-fumadores e os fumadores percepcionarem queixas. Note-se que apenas por uma questão de sequência não se incluiu esta discussão no ponto relativo à "Percepção de risco".

Apesar da tendência dos fumadores para relatarem doenças se poder relacionar directamente com os malefícios provocados pelo tabagismo, é inequívoco que estas pessoas percepcionam mais sinais, sintomas e doenças do que os não fumadores. Este facto pode significar que a percepção dos fumadores corresponde a uma percepção correcta, tendo em conta a sua maior vulnerabilidade. Assim, se as pessoas com hábito tabágico podem enviesar a avaliação da realidade quando confrontadas com perguntas directas sobre o seu risco ou vulnerabilidade, a fim de se protegerem da dissonância e da ansiedade, isso parece não impedir um adequado reconhecimento íntimo da presença de sinais, sintomas e doenças. Neste sentido, embora possa ser difícil reconhecer publicamente que se está a lesar a saúde de forma voluntária, intimamente parece ocorrer um reconhecimento desse efeito deletério.

No caso dos homens ex-fumadores, o facto de não se registar um aumento significativo entre o relato das doenças sofridas e as que sofre actualmente, contrariamente ao que acontece nas restantes categorias do hábito tabágico (não fumadores e fumadores), pode dever-se aos múltiplos benefícios associados à cessação tabágica e às respectivas sensações de melhoria física, sensorial e emocional. Esta avaliação também está de acordo com o processo de desintoxicação iniciado logo após a paragem do consumo de cigarros, confirmada de resto por vários estudos (Doll et al., 2004; Hays et al., 1998; Peto et al., 2000; USDHHS, 1990).

A tendência para as mulheres relatarem mais doenças, por seu turno, poderá relacionar-se com a elevação do traço de neuroticismo[81]. As pessoas com níveis mais elevados de neuroticismo caracterizam-se por alterações no funcionamento cognitivo, designadamente atenção selectiva e enviesamentos no processamento de informações sobre a sua actividade fisiológica, as cognições e os comportamentos (Eysenck, 1997). Recordemos que aproximadamente metade dos sintomas e doenças apresentados na Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico (Trigo et al., 2003) se referem a sensações subjectivas, muitas das quais passíveis de serem influenciadas e modeladas por estados emocionais de tensão e ansiedade (i.e. dor de cabeça, cansaço, insónia, catarro, falta de ar, asma, má circulação, varizes, tensão alta). A literatura, porém, sugere que embora o neuroticismo se associe ao aumento das queixas somáticas, a incidência efectiva de doença física não é mais elevada (Stone & Costa, 1990). Ao rever uma série de estudos sobre a relação entre o neuroticismo e a perturbação mental, Goldberg e Huxley (1996) concluem que as pessoas com acentuação do traço neurótico apenas têm mais risco de sofrer disfunções psiquiátricas *minor*. Os dados de que dispomos, relativos às diferença no perfil emocional entre homens e mulheres, também confirmam precisamente a tendência para as mulheres apresentarem valores médios mais elevados de afectividade negativa. O relato mais elevado de sinais, sintomas e doenças, juntamente com o aumento da afectividade negativa, pode ajudar a corroborar a hipótese de um padrão mais emocional de dependência dos cigarros, no caso das mulheres. Com os dados disponíveis, seria interessante avaliar se, de facto, as mulheres apenas referem mais sinais e sintomas ou se o número de doenças relatadas (i.e. bronquite crónica, cancro, ataque do coração) também é mais elevado do que nos homens.

Consumo de bebidas estimulantes

Exceptuando o consumo de chá e de café, nas restantes bebidas verifica-se um aumento significativo da sua ingestão, do período semanal para o fim-de-semana, em

[81] O neuroticismo aproxima-se dos conceitos de traço ansioso, depressão e afectividade negativa. Na realidade, o traço de ansiedade e o neuroticismo apresentam correlações positivas fortes (r = 0,70). Existe, porém, uma diferença ligeira entre eles, no sentido em que o traço de ansiedade se correlaciona negativamente com a extroversão (r = - 0.30), ao passo que o neuroticismo e a extroversão não apresentam qualquer correlação. A dificuldade em discriminar estes conceitos, tem levado a que se fale genericamente de neuroticismo ou afectividade negativa como pertencendo ao mesmo traço de personalidade (Eysenck, 1997).

ambos os sexos. Inversamente, em relação ao café ocorre uma diminuição significativa da sua ingestão ao fim-de-semana. Os homens, em comparação com as mulheres, tendem a ingerir significativamente mais bebidas, excluindo o café e o chá que são consumidos de maneira mais semelhante. De uma forma geral, os fumadores e em seguida os ex-fumadores são aqueles que consomem mais bebidas estimulantes, particularmente café. Relativamente à pontuação no CAGE, os não fumadores apresentam pontuações médias significativamente inferiores aos ex-fumadores e aos fumadores, em ambos os sexos. A comparação por sexo, revela, novamente, pontuações médias significativamente mais elevadas nos homens.

Na realidade, a nicotina, a cafeína e o álcool são as três substâncias mais consumidas em todo o mundo (Perkins, 2001), com os homens a apresentarem taxas de ingestão mais elevadas do que as mulheres (APA, 2002). É interessante notar que o consumo destes psicoactivos tende a ocorrer de forma associada (op cit.), o que aliás também parece ser corroborado pelos dados desta investigação. Uma das hipóteses é que o consumo destas substâncias provoque reacções neuroquímicas semelhantes, particularmente a libertação de dopamina (Pontieri et al., 1996). Num estudo desenvolvido por Perkins (2001), algumas das sensações subjectivas suscitadas pela inalação do fumo do cigarro são semelhantes às sensações de beber café ou álcool. A similitude entre fumar e beber café ou álcool traduz-se, assim, pelo aumento de sensações como vertigem, tontura, prazer, conforto, activação ou relaxamento. Se os efeitos físicos destas substâncias são parecidos, então a propensão para procurar este tipo de estimulações constituirá um indicador do risco para depender de qualquer uma das substâncias.

Considerando que os homens tendem a procurar níveis óptimos de estimulação mais elevados (Zuckerman, 1994) e que existe alguma semelhança nos efeitos produzidos pelas diversas substâncias psicoactivas, torna-se compreensível que o consumo de nicotina, cafeína e álcool seja mais elevada nos homens e nos fumadores. Estas constatações alertam para o facto de os homens, em comparação com as mulheres, apresentarem maior tendência para abusar destas substâncias e, portanto, maior dependência física e tendência para consumir simultaneamente várias substâncias. Define-se, assim, um perfil masculino de consumo, caracterizado pela procura dos efeitos directos e hedónicos das substâncias. Por outro lado, os fumadores apresentam um padrão diferencial de auto-administração e combinação de substâncias. Enquanto durante a semana parece existir uma associação preferencial

entre nicotina e cafeína, ao fim-de-semana esta associação tende a ser substituída por nicotina e álcool. Como é evidente, a utilização selectiva das substâncias dependerá de ritmos diários, durante a semana marcados pelas tarefas laborais e produtivas e, ao fim-de-semana, por actividades de lazer e recreação. Assim, enquanto o padrão semanal de consumo pode ser dominado pela necessidade de activação e confronto com o stresse, ao fim-de-semana o objectivo será predominantemente facilitar a desactivação e a socialização. Embora este estudo não disponha de dados, seria interessante avaliar qual das combinações se associa mais ao aumento do consumo de cigarros, ou seja, nicotina-cafeína *vs.* nicotina-álcool.

Características particulares dos não fumadores

Apesar da maior parte dos não fumadores já tenha alguma vez experimentado fumar cigarros (75,5%), os homens referem significativamente mais do que as mulheres essa experiência. Em ambos os sexos, as duas principais razões para nunca se terem tornado fumadores, prendem-se com aspectos sensoriais (ex. mau sabor, cheiro, ter-se engasgado, dor de cabeça) ou emocionais (ex. não gostar da imagem dos fumadores ou de cigarros). As mulheres, porém, referem os malefícios para a saúde com mais frequência do que seria de esperar, enquanto os homens valorizaram mais do que as mulheres a prática do desporto, como razão para não fumar.

A extrema acessibilidade dos cigarros e a sua popularidade podem justificar que a maior parte das pessoas já tenha alguma vez experimentado fumar. Fumar pode constituir uma experiência semelhante a provar uma comida exótica, fazer uma directa com os amigos, ir jogar ao casino, praticar um desporto radical ou, num registo mais transgressivo, experimentar embriagar-se ou fumar um cigarro de haxixe. Novamente, os homens apresentam maior tendência para se expor a situações de risco, o que se pode relacionar com aspectos associados a necessidades mais elevadas de estimulação hedónica, afirmação pessoal ou ao papel social percepcionado. É interessante referir que as razões para nunca se ter tornado fumador têm a ver, essencialmente, com dimensões internalizadas, quer ao nível sensorial, quer ao nível emocional. Recorde-se que as principais razões para deixar de fumar também eram de natureza interna (i.e. "manter a saúde" e o "medo das doenças provocadas pelo tabaco"). Volta-se, pois, a confirmar a importância do *locus* de controlo interno na tomada de decisões com relevância para a saúde. Contudo, se é habitual as primeiras

experiências com cigarros serem desagradáveis (Silverstein et al., 1982), então por que razão alguns jovens se tornam fumadores e outros não? Poderia, neste caso, colocar-se a questão de saber até que ponto este *locus* de controlo não depende de outros factores sócio-cognitivos, como os estilos parentais ou a influência dos pares. Deste ponto de vista, deverá existir uma teia social que funciona como uma fonte de aprendizagem, modelando o sentido das experiências interpessoais e, portanto, protegendo ou colocando as pessoas em risco. A este respeito também se devem considerar os trabalhos nos quais se referem as diferenças inatas na sensibilidade à nicotina e a sua influência na reacção às primeiras experiências com cigarros (Pomerleau et al., 1993).

O facto de as mulheres valorizarem mais os malefícios do tabagismo, como razão para não começar a fumar, coloca de novo a possibilidade das mulheres serem mais susceptíveis à percepção do risco, tomando consciência mais facilmente da necessidade de adoptar medidas preventivas. Poderá, pois, fazer sentido falar de padrões diferentes na percepção do risco tabágico, em homens e mulheres. Enquanto nas mulheres a previsão de ganhos ou prejuízos em saúde tende a promover comportamentos protectores, nos homens essa avaliação, a médio ou a longo prazo, reveste-se de menor importância e eficácia. Inversamente, os homens que praticam desporto revelam maior sensibilidade perante a possibilidade do tabagismo limitar a sua capacidade e rendimento físico, eventualmente porque valorizam mais os aspectos relacionados com a competitividade e o vigor.

Características particulares dos fumadores

Os homens tendem a fumar mais nas situações em que estão a beber café ou álcool (30,5%) ou quando saem à noite (26,6%), enquanto as mulheres referem as situações em que estão tensas e nervosas (42,9%) ou quando saem à noite (39,4%). Existem diferenças significativas entre os sexos, relativamente a fumar "quando está tenso(a) ou nervoso(a)" e "quando está sem fazer nada". No primeiro caso são as mulheres a referir mais vezes do que seria de esperar esta situação, enquanto no segundo caso são os homens que referem maior consumo do que seria de esperar. Em termos da importância de parar de fumar, os homens apresentam valores médios significativamente mais elevados do que as mulheres (M = 3,6; DP = 1,7 *vs.* M = 3,4; DP = 1,7).

As principais pistas ambientais para fumar tendem a ser diferentes em homens e mulheres. Enquanto os homens fumam mais na sequência da exposição a outras substâncias psicoactivas (café ou álcool), para as mulheres os estímulos mais importantes têm a ver com estados emocionais caracterizados pela tensão. Em ambos os sexos, sair à noite constitui a segunda razão mais importante para aumentar o consumo de cigarros. Como é natural, esta situação combina riscos de forma sinérgica, designadamente a afectividade positiva, convívio, ver pessoas fumar, desempenhar papéis sociais, comer fora de casa e estar exposto ao consumo de café, álcool ou outras substâncias. Por seu turno, os homens, em comparação com as mulheres, tendem a compensar as situações de aborrecimento recorrendo à nicotina, eventualmente para aumentar os níveis hedónicos de estimulação.

Uma interpretação possível para os homens apresentarem valores médios mais elevados de importância para deixar de fumar, poderá relacionar-se com a maior dependência física de cigarros. Como vimos, em média, os homens, em comparação com as mulheres, fumam mais cigarros por dia (M = 17,2 *vs.* M = 12,3, respectivamente), com teores de nicotina mais elevados (normal *vs. light*, respectivamente) e durante mais anos (M = 14,8 *vs.* M = 11,1, respectivamente). Assim, o reconhecimento da gravidade da dependência de nicotina, ainda que de uma forma indirecta, pode levar os homens a assumir a cessação tabágica como um objectivo importante. Neste sentido, a vivência directa de limitações físicas e sensações corporais provocadas pelo tabagismo (ex. cansaço, tosse, dificuldades respiratórias), podem aumentar a percepção de vulnerabilidade e, desta forma, modelar cognições e representações acerca da necessidade ou urgência em adoptar comportamentos preventivos, concepção aliás sustentada pelo modelo das crenças de saúde (Cummings, Becker & Maile, 1980)[82]. Sabemos também que na diferenciação dos papéis de género, a robustez física constitui um atributo tipicamente masculino. Assim, as ameaças a esta dimensão da identidade masculina poderão exercer uma influência particularmente angustiante, mas, simultaneamente, mobilizadora de recursos para a mudança. A este respeito, importa recordar, quer os ensinamentos de Wallon (1979), para quem a função motora e postural se encontram na origem da

[82] O modelo das crenças de saúde identifica seis factores predictores da adopção de cuidados em saúde: (1) a acessibilidade dos cuidados de saúde, (2) as atitudes em relação aos cuidados de saúde, (3) a percepção de que a doença é ameaçadora, (4) as normas e a rede social, (5) os conhecimentos acerca da doença e (6) os atributos sócio-demográficos.

consciência subjectiva e do sentimento de personalidade, quer os contributos de Merleau-Ponty (1994), segundo o qual a vivência do corpo resulta de um conjunto de significações vividas, actualizadas pela percepção e coordenadas pela intencionalidade[83]. À luz destas concepções, poderíamos pensar que no homem o tabagismo se organiza em torno de uma identidade corporal, de natureza física e muscular. Se durante a fase de iniciação, a identidade de um corpo viril pode marcar a progressão para o consumo regular, uma vez estabelecido um quadro de dependência, os aspectos físicos do consumo parecem perpetuar o padrão de auto-administração. Novamente, as sensações proprioceptivas e as limitações na robustez física podem impor-se durante o processo de desabituação.

4.2.2. Perfil emocional[84]

Embora constituísse uma das principais expectativas desta investigação, as relações entre o hábito tabágico e as dimensões emocionais foram relativamente discretas. Os resultados revelam que os homens não fumadores apresentam pontuações médias significativamente mais baixas de depressão, em comparação com os que têm história de hábito tabágico (ex-fumadores e fumadores). Nas mulheres, regista-se uma diferença significativa no sentimento de urgência de tempo e impaciência (UTI)[85], com as não fumadoras a apresentarem pontuações médias mais baixas do que as ex-fumadoras e as fumadoras. Cabe também destacar o facto de as mulheres, em comparação aos homens, apresentarem pontuações significativamente mais elevadas na generalidade das dimensões emocionais avaliadas. Registaram-se, contudo,

[83] Para Merleau-Ponty (1994) o corpo não é um mero objecto de conhecimento e o Ser não é um mero sujeito conhecedor. Para conhecer, o Ser deve tornar-se, simultaneamente, sujeito e objecto. Assim, o Ser é o seu próprio corpo, dado que vive e vivencia nele e através dele. Deste modo, a consciência corporal não é um mero pensamento, na medida em que existe sempre uma unidade implícita e confusa entre o interno e o externo. Por seu turno, a "intencionalidade" implica que o objecto, longe de pré-existir ao acto de consciência, só se constitui no interior desta. Isto quer dizer que a acção humana não se situa num tempo e num espaço objectivos, com o quais entra em correlação física ou matemática, mas no tempo e no espaço subjectivos (temporalidade e espacialidade). A intencionalidade é, então, uma modalidade existencial e não racional (Thines & Lempereur, 1984).

[84] As dimensões emocionais consideradas neste estudo foram o padrão de comportamento tipo A, particularmente a sensação de urgência de tempo e impaciência, avaliado através da *Bortner Scale* (BS), a depressão, avaliada através do *Beck Depression Inventory*® (BDI®), o stresse percepcionado, avaliado através da versão de dez itens da *Perceived Stress Scale* (PSS-10) e o traço de ansiedade, avaliado através da forma Y2 do *State-Trait Anxiety Inventory*® (STAI®-Y2).

[85] Tendo em consideração o estudo das qualidades psicométricas da *Bortner Scale*, o padrão de comportamento tipo A resumiu-se a uma dimensão de urgência de tempo e impaciência (UTI).

algumas excepções nas quais os resultados obtidos foram idênticos em ambos os sexos, concretamente na sensação de UTI dos não fumadores e nos níveis de depressão dos ex-fumadores e fumadores.

Uma das ilações a retirar é que a afectividade negativa no seu conjunto não parece ser suficiente para explicar o desenvolvimento do hábito tabágico ou a sua cessação. As pessoas com história de tabagismo (ex-fumadores e fumadores) tendem a não apresentar sinais psicopatológicos mais marcados do que os seus pares não fumadores. A propósito desta discussão e com base nos dados recolhidos para o estudo das propriedades psicométricas da PSS-10 (Trigo et al., no prelo), compararam-se as pontuações médias obtidas no perfil emocional, entre uma amostra com 35 doentes ansiosos (15 homens e 20 mulheres) e as amostras 1 - 5 desta investigação. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em todas as medidas do perfil emocional ($p < 0{,}001$), com pontuações médias sistematicamente superiores no grupo de ansiosos, quer dos homens (BS $M = 16$; BDI® $M = 0{,}8$; PSS-10 $M = 2{,}4$; STAI®-Y2 $M = 2{,}8$), quer das mulheres (BS $M = 17{,}9$; BDI® $M = 0{,}8$; PSS-10 $M = 2{,}4$; STAI®-Y2 $M = 2{,}8$). Daqui decorre que na avaliação do hábito tabágico importa fazer uma distinção clara entre a afectividade negativa, própria dos mecanismos de ajustamento emocional da população geral e o diagnóstico de perturbação emocional, caracterizado por uma maior gravidade[86], significativamente distinta daquela que se observa na comunidade. Neste sentido, a associação entre o hábito tabágico e a doença psiquiátrica (Glassman, 1993; Hughes et al., 1986; Lasser et al., 2000; Vanable et al., 2003), apenas se deverá observar a partir de níveis moderados ou elevados de morbilidade, os quais não se observam com frequência na população geral.

Paralelamente a estas constatações, o afecto depressivo, no caso dos homens e a sensação de UTI, no caso das mulheres, permitem distinguir entre pessoas sem (não fumadores) e com história hábito tabágico (ex-fumadores e fumadores). No que diz respeito à depressão, importa salientar que as pontuações médias dos homens fumadores, são mais baixas ($M = 0{,}2$; $DP = 0{,}2$) do que as pontuações médias das mulheres não fumadoras ($M = 0{,}3$; $DP = 0{,}3$), concluindo-se, portanto, que a

[86] Uma perturbação emocional é definida como uma síndroma ou padrão psicológico clinicamente significativo, o qual se associa a ansiedade, a depressão, a incapacidade ou um risco significativamente aumentado de morrer, sofrer dor ou perda importante de liberdade (APA, 2002). Na determinação da gravidade clínica, importa levar em conta critérios como a intensidade, a duração ou a complexidade sindromática (i.e. quantidade de sinais e sintomas).

sintomatologia depressiva é sempre mais elevada no grupo das mulheres. A natureza da elevação das queixas depressivas nos homens com hábito tabágico, poderá dever-se a duas razões:

- **Vulnerabilidade à pressão social.** As pessoas com níveis baixos de confiança pessoal e com sintomatologia depressiva, tornam-se mais susceptíveis de ceder às pressões sociais e, por inerência, de desenvolver hábito tabágico (Patton et al., 1996). Neste sentido, os homens com características depressivas podem ser mais influenciáveis pelo meio, apresentar menor resiliência e, portanto, sentirem-se mais pressionados a fazer concessões, nomeadamente no que se refere a comportamentos de risco, com vista a obterem confirmação por parte dos seus pares.
- **Auto-medicação.** O recurso à nicotina como estratégia de auto-medicação é frequente em pessoas com índices depressivos mais marcados (Kendler et al., 1993). É, pois, possível que os homens tendam a mascarar as suas queixas emocionais recorrendo a substâncias psicoactivas cujo consumo, como já foi referido, é mais prevalecente nos homens (APA, 2002). Neste âmbito, também seria interessante comparar a sintomatologia depressiva entre pessoas sem e com dependência do álcool, bem como em outros contextos que envolvem o consumo de substâncias.

Relativamente às mulheres, é possível que a exigência para desempenhar múltiplos papéis, tarefas e jornadas (Lundberg, 1998) contribua para aumentar as sensações de UTI. Por outro lado, em concordância com a crença difundida nos fumadores, de que o cigarro ajuda a descontrair ou a lidar com a tensão emocional (Parrott, 1999, 2000), pode ocorrer, precisamente, uma tentativa de compensar as sensações de UTI pelo consumo de substâncias sedativas, neste caso de nicotina. Contrariamente à crença dos fumadores, todavia, os ciclos regulares de diminuição das concentrações sanguíneas de nicotina, desencadeiam sintomas físicos e psicológicos de abstinência que têm de ser sistematicamente geridos através da reposição dos níveis da substância. Neste sentido, a auto-administração de nicotina, em vez de provocar um efeito benéfico, induz instabilidade e impaciência na vivência do tempo. O fumador, porém, aprende a associar as sensações de prazer aos momentos em que está a fumar e o desprazer aos períodos entre cada cigarro,

atribuindo, erradamente, propriedades benéficas a uma substância que, na realidade, é responsável pelo desconforto sentido.

4.2.3. Perfil tabágico[87]

Analisando o perfil tabágico masculino, não se registaram diferenças significativas no nível de dependência física da nicotina, entre ex-fumadores e fumadores (U = 2287,99; p = 0,190). Em relação aos argumentos contra (SDBS_Contras) e pró-tabagismo (SDBS_Pros), observa-se que os argumentos contra o tabagismo apresentam sempre pontuações médias superiores, tanto nos ex-fumadores, como nos fumadores. Comparando, porém, cada uma das sub-escalas, em função do hábito tabágico, nota-se que os ex-fumadores pontuam significativamente mais nos argumentos pró-tabágicos, do que os fumadores, enquanto os fumadores têm valores significativamente mais altos nos argumentos contra o tabagismo, do que os ex-fumadores. Nota-se também que a amplitude das pontuações médias é menor nos ex-fumadores (SDBS_Contras M = 3,4 *vs.* SDBS_Pros M = 3,3), do que nos fumadores (SDBS_Contras M = 3,7 *vs.* SDBS_Pros M = 3). No que diz respeito às restantes características dos ex-fumadores, em comparação com os fumadores, destaca-se a tendência para referirem que fumavam com o objectivo de reduzir a afectividade negativa (HWS RedAfeNeg), por necessidade de manipular o cigarro (HWS Manipula), notando-se também um aumento do sentimento de auto-eficácia (SASE_12). Os fumadores, por seu turno, pontuaram significativamente mais na tendência para fumar por hábito e dependência (HWS HabDep), bem como por necessidade de estimulação (HWS Estimula).

Em primeiro lugar, interessa salientar o predomínio dos argumentos contra o tabagismo, independentemente do hábito tabágico, o que pode dar uma indicação acerca do conhecimento generalizado sobre os malefícios do tabaco. Por outro lado, a relação entre os argumentos contra e pró-tabagismo, parece não seguir exactamente a previsão do modelo transteórico (Prochaska et al., 1994; Velicer et al., 1985). Nesta

[87] O perfil tabágico incluiu a determinação do nível de dependência física de nicotina, avaliado pelo *Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ), os argumentos contra e pró-tabagismo, avaliados pelo *Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS), a tipologia de fumador, avaliada pela *Horn-Waingrow Scale* (HWS), o sentimento de auto-eficácia, avaliado pela *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE) e os processos de mudança, avaliados pela *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS).

investigação, os argumentos a favor do tabagismo tendem a acentuar-se nos ex-fumadores, em comparação com os argumentos contra o tabagismo que aumentam nos fumadores. Tendo em conta, porém, a maior amplitude das pontuações médias entre os argumentos contra e pró-tabagismo, patente nos fumadores, torna-se necessário considerar outros dados, designadamente o recurso a estratégias de confronto (SPCS). Assim, analisando a matriz de correlações entre a SDBS e o SPCS (ver o sub-Capítulo relativo às Correlações entre os instrumentos revistos), podemos confirmar que os argumentos contra o tabagismo tendem a correlacionar-se mais fortemente com a activação de estratégias cognitivas para a mudança (SPCS) nos fumadores, do que nos ex-fumadores. Este resultado parece sugerir que o conflito, a dissonância e a activação de estratégias cognitivas é muito mais acentuada nos fumadores, do que nos ex-fumadores, o que parece compreensível tendo em conta que as pessoas com hábito tabágico têm necessidades de mudança pessoal por realizar. Assim, aquilo que parece ocorrer durante o processo de mudança é, não apenas, a resolução de um conflito psicológico que se terá tornado insustentável (Festinger, 1975), mas também a mobilização de recursos cognitivos para confronto como os desafios (Prochaska, Wilcox & Rossi, cit. in Prochaska et al., 1988).

A maior tendência dos ex-fumadores para referirem dependência emocional (HWS RedAfeNeg) e gestual (HWS Manipula), em comparação com os fumadores que mencionam uma dependência de carácter mais física (HWS HabDep) e relacionada com os efeitos estimulantes da substância (HWS Estimula), parece constituir uma característica distintiva entre ex-fumadores e fumadores. A este respeito podem colocar-se duas hipóteses:

- **Consciência e memória da dependência.** Uma parte significativa dos fumadores terá dificuldade em caracterizar com rigor o seu nível de dependência física dos cigarros, dado tratar-se de um comportamento automatizado através de uma aprendizagem profunda. Por esta razão e com base na discussão sobre os mecanismos do processamento mnésico (Cohen, 1989; Damásio, 2004; Eysenck & Keane, 1999), torna-se fácil admitir que um ex-fumador tenda a recordar essencialmente os aspectos emocionais da sua dependência, particularmente os sentimentos de nostalgia, perda e recordação do prazer em fumar. Esta reacção, aliás, é semelhante ao que ocorre nos processos de luto, em que a recordação polarizada pelas características positivas

do ente amado e pela saudade. Deste ponto de vista, a maior tendência dos ex-fumadores para referirem padrões emocionais de dependência, poderá estar essencialmente relacionada com o baixo nível de consciência sobre a dependência física, com o processamento mnésico e com mecanismos de organização emocional.

- **Diferenças no perfil tabágico.** Outra possibilidade, menos compatível com os dados de que dispomos, seria a de que o grupo de homens fumadores inclui pessoas com maior dependência física e, precisamente por essa razão, com maior dificuldade em deixar de fumar. Pelo contrário, os homens ex-fumadores, em comparação aos homens fumadores, poderiam caracterizar-se por uma ingestão de nicotina tendencialmente mais associada ao controlo de estados emocionais. Deste ponto de vista, os homens terão mais facilidade em deixar de fumar quando a sua dependência física é menos acentuada. Em termos da desabituação tabágica, este dado é relevante na medida em que enfatiza a importância da terapia de substituição nicotínica no processo de tratamento.

Relativamente ao sentimento de eficácia pessoal (SASE-12), confirma-se existir uma tendência para o seu aumento ao longo da desabituação e, por inerência, poderá inferir-se que se trata de um preditor importante durante as fases de manutenção e terminação (Bandura, 1997; Condiotte & Lichtenstein, 1981; DiClemente, Prochaska, Gibertini, 1985; Marlatt & Gordon, 1985). Demarcamo-nos, assim, da perspectiva de Baer, Holt e Lichtenstein (1986) que atribui um papel modesto à auto-eficácia, sugerindo não ocorrer um aumento da competência pessoal ao longo da desabituação.

No que diz respeito ao perfil tabágico das mulheres existem duas diferenças principais, relativamente ao perfil tabágico dos homens: (1) a relação entre os argumentos contra e pró-tabagismo (SDBS_Contras e SDBS_Pros) não apresenta diferenças significativas, nem no grupo de ex-fumadoras, nem no grupo de fumadoras, embora os argumentos pró-tabágicos tendam a ser superiores na categoria das ex-fumadoras (U = 3592,00; p = 0,051) e (2) as ex-fumadoras revelam maior activação de estratégias de confronto (SPCS), do que as fumadoras. Uma das hipóteses para o facto de as mulheres apresentarem mais dificuldade em parar de fumar e maior taxa de recaída (Freund et al., 1992; Marlatt, Curry & Gordon, 1988; Matheny & Weatherman, 1998; Rose et al., 1996a; USDHHS, 1989), poderá relacionar-se com a cronicidade do conflito psicológico, marcado por dissonância

cognitiva e ambivalência entre a necessidade de parar e o desejo de continuar a fumar. Assim, contrariamente aos homens, as mulheres podem ter maior dificuldade em resolver o conflito entre os argumentos contra e pró-tabagismo, mesmo após atingirem a abstinência. Os argumentos contra o tabagismo, associados, nas ex-fumadoras, à activação de estratégias de confronto com a mudança, poderão caracterizar um mecanismo psicológico de anulação[88] e combate ao desejo de fumar. Deste ponto de vista, as mulheres depois de pararem de fumar desgastam-se mais intensamente na luta contra as tentações e, por inerência, têm maior probabilidade de sofrer fenómenos como a fadiga da cessação (Piasecki et al., 2002), o que constitui um preditor de recaída de aparecimento tardio no processo de desabituação.

Comparando o perfil tabágico de homens e mulheres, podemos precisamente confirmar algumas das hipóteses que têm vindo a ser colocadas. Os homens ex-fumadores apresentam níveis significativamente mais elevados de dependência física da nicotina (FTQ) e tendem a referir mais frequentemente do que as mulheres, fumar por hábito e dependência (HWS HabDep; $p = 0{,}054$). Os homens fumadores, por seu turno, distinguem-se das mulheres pela menor dependência emocional, associada à tendência para utilizar os cigarros com o objectivo de reduzir a afectividade negativa (HWS RedAfeNeg; $p = 0{,}005$). Quanto à categoria das ex-fumadoras, cabe destacar a maior activação de estratégias de confronto (SPCS).

4.2.4. Modelo transteórico

A tentativa de avaliar até que ponto o modelo transteórico (Connors, Donovan & DiClemente, 2001; Prochaska et al., 1994; Prochaska & DiClemente, 1982, 1983; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; 1983; Prochaska, Johnson & Lee, 1998) podia ser replicado, baseou-se no estudo da distribuição do hábito tabágico, por quatro dimensões do modelo: (1) os estádios de mudança (avaliado pelo Algoritmo do Estádio), (2) o balanço decisório (avaliado pelo SDBS), (3) a auto-eficácia (avaliada pela SASE) e (4) os processos de mudança (avaliados pelo SPCS).

[88] No sentido psicanalítico, usa-se a expressão de "anulação retroactiva" para descrever o mecanismo psicológico pelo qual o indivíduo se esforça por fazer com que pensamentos, palavras, gestos e actos passados não tenham acontecido, utilizando para isso um pensamento ou um comportamento com significação oposta. Trata-se de um conflito entre dois movimentos opostos e de intensidade quase igual que representa, genericamente, uma oposição ambivalente entre amor e ódio (Laplanche & Pontalis, 1990).

Estádios de mudança

Conforme sugere Velicer e colaboradores (1995), o estádio de pré-contemplação deverá incluir entre 40% a 50% dos fumadores, o estádio de contemplação 40% e o estádio de preparação 20%. Pela análise dos resultados obtidos neste estudo, podemos observar uma distribuição relativamente semelhante no estádio de pré-contemplação, com 53,5% dos fumadores e no estádio de contemplação, com 37,1%. Embora em relação ao estádio de pré-contemplação se registe uma diferença significativa no ajustamento entre a distribuição deste estudo e a prevista pelo modelo transteórico (X^2 = 20,908; gl = 2; p = 0,000), importa recordar que foi necessário definir como valor esperado os 40%, apesar de os autores referirem uma oscilação entre os 40% e os 50% (Velicer e al., 1995). Por isso, optou-se por não valorizar esta diferença de ajustamento. No que diz respeito ao estádio de preparação, porém, existe uma percentagem significativamente mais reduzida de fumadores do que o modelo sugere, contabilizando-se apenas 9,4% dos participantes. Este resultado parece indicar que, na amostra em estudo, a sensibilização ou prontidão para a mudança é mais baixa do que se poderia esperar. Alguns factores capazes de condicionar o avanço no processo de decisão pessoal poderão ser imputados aos serviços de saúde, nomeadamente à baixa diversidade de recursos disponíveis para a desabituação tabágica, mas também ao insuficiente impacto dos canais de divulgação em massa ou à ainda excessiva popularidade do estereótipo social do fumador. Será, pois, prioritário incrementar acções capazes de promover a consciencialização sobre comportamentos preventivos, designadamente no domínio do tabagismo e assim contribuir para modelar as normas sociais.

Balanço decisório

No que diz respeito aos argumentos contra (SDBS_Contras) e pró-tabagismo (SDBS_Pros), observa-se um predomínio significativo dos argumentos contra o tabagismo, nos vários estádios de mudança. Assim, contrariamente àquilo que é preconizado pelo modelo transteórico (Prochaska et al., 1994), observaram-se, em todos os estádios de mudança, valores mais elevados na sub-escala de argumentos contra, do que na sub-escala de argumentos pró-tabagismo. Regista-se, então, um

predomínio de argumentos contra o tabagismo no estádio de pré-contemplação, quando deveriam predominar os argumentos a favor e no estádio de contemplação, quando deveria existir um equilíbrio entre os argumentos. Os dados deste estudo apenas seguem a previsão do modelo, relativamente aos estádios de preparação e acção, onde os argumentos contra o tabagismo são superiores aos argumentos a favor. De forma complementar, verifica-se maior diferença na média dos argumentos contra e a favor do tabagismo, nos estádios de pré-contemplação, contemplação e preparação, comparativamente à menor diferença nos estádios de preparação e acção. Podem, pois, avançar-se três hipóteses complementares. Primeiro, ao longo das várias fases de mudança comportamental existe uma consciência bastante alargada acerca dos malefícios do tabagismo. Segundo, o predomínio dos argumentos contra o tabagismo, particularmente nos estádios de pré-contemplação e contemplação, podem desencadear sensações de dissonância cognitiva, ambivalência emocional e luta entre o desejo e a interdição de fumar. Terceiro, quanto maior a diferença entre os argumentos contra e a favor de fumar, maior a importância e a actualidade desse comportamento e, portanto, a necessidade de vir a operar uma mudança. Inversamente, à medida que decorre o tempo sobre a mudança, diminui a diferença entre os argumentos e, portanto, a importância, actualidade ou intensidade desse comportamento. Assim, a amplitude entre as pontuações dos argumentos contra e pró-tabagismo podem constituir o aspecto mais fácil de replicar neste modelo.

Auto-eficácia

Aquilo que se verifica relativamente ao sentimento de competência pessoal é uma replicação bastante próxima do modelo transteórico (DiClemente et al., 1991; DiClemente, Prochaska & Gilbertini, 1985), notando-se um aumento da auto-eficácia a partir do estádio de preparação e, de forma mais significativa, nos estádios de acção e manutenção. Verifica-se, assim, que ao longo dos estádios de mudança ocorre um aumento da auto-eficácia, com os ex-fumadores em fase de manutenção a revelarem mais confiança do que nos restantes estádios de mudança. Este dado revela que a auto-eficácia tende a aumentar durante o processo de desabituação tabágica, contrariando outras concepções nas quais não é reconhecido este efeito (Baer, Holt & Lichtenstein, 1986). Confirma-se também a importância da auto-eficácia como preditor na manutenção da abstinência, aliás de acordo com a perspectiva defendida

por vários autores (Bandura, 1997; Condiotte & Lichtenstein, 1981; DiClemente, Prochaska, Gibertini, 1985; Marlatt & Gordon, 1985).

Processos de mudança

Antes de mais, convém recordar que a estrutura factorial da SPCS não foi devidamente reproduzida. Por esta razão, optou-se por interpretar os resultados da escala como um índice global da activação de estratégias de confronto com a mudança, no contexto da dependência tabágica. De acordo com este pressuposto, observa-se uma activação diferencial dos processos de mudança ao longo dos diferentes estádios. Existe, então, uma tendência para as estratégias de confronto se acentuarem entre a pré-contemplação e a acção, para se atenuarem na fase de manutenção. Estes resultados parecem estar genericamente de acordo com o modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983), na medida em que a activação e a consciencialização dos recursos internos, tende a ocorrer no momento em que eles são mais necessários, ou seja, no período de mudança. É interessante notar que o nível mais baixo de activação ocorre durante o período de pré-contemplação e, apesar da fase de manutenção ser caracterizada pela diminuição da confrontação, ela é significativamente superior à do estádio de pré-contemplação. Este resultado, juntamente com o facto de os argumentos contra e pró-tabagismo apresentarem maior amplitude nos fumadores (ex. SDBS_Pros M = 3 e SDBS_Contras M = 3,7) do que nos ex-fumadores (ex. SDBS_Pros M = 3,3 e SDBS_Contras M = 3,4), revelam o enorme esforço que os fumadores fazem, relativamente à negação da sua necessidade de mudança. Como consequência, é importante disponibilizar serviços diferenciados para apoio à cessação tabágica, capazes de orientar os recursos internos para acções de mudança. A este nível serão fundamentais, quer as entrevistas de motivação (Miller & Rollnick, 1991, 2002), quer as estratégias para prevenção da recaída (Marlatt & Donovan, 2005; Marlatt & Gordon, 1985).

Genericamente, pode afirmar-se que o modelo transteórico é passível de ser reproduzido em diversos aspectos, revelando os dados deste estudo coincidência com várias predições relativas aos fenómenos humanos de mudança no domínio do comportamento tabágico. Observa-se que neste estudo existe uma quantidade menor de fumadores em fase de preparação do que seria de esperar, possivelmente em consequência de uma intervenção menos assertiva nesta área da saúde pública. Esta

constatação apela para uma acção mais alargada e consertada, por parte dos políticos, dos legisladores, dos órgãos de comunicação social, dos líderes de opinião, dos responsáveis pela saúde, dos técnicos de saúde e da sociedade de uma forma geral. A partir dos dados disponíveis também se pode inferir acerca da importância do papel desempenhado pela intensidade do conflito entre argumentos contra e a favor do tabagismo, a necessidade de promover o sentimento de competência pessoal, bem como de activar estratégias de confronto ao longo do processo de mudança. Os componentes do modelo relativos ao balanço decisório e aos processos de mudança, apresentam algumas limitações, desde logo colocadas pela dificuldade em reproduzir a estrutura factorial dos instrumentos que operacionalizam estes conceitos.

4.3. Conclusões

4.3.1. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico

Caracterização sócio-demográfica

- Neste estudo, a percentagem total de fumadores situou-se nos 26,6%, com 28,9% dos homens e 25,2% das mulheres a declararem fumar, embora a maior percentagem dos participantes nunca tenha fumado (55,1%). A prevalência de tabagismo, porém, é inferior à relatada na versão portuguesa do CINDI (Pádua e tal., 1999) que aponta valores superiores a 30% e no inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas (Balsa et al., 2003) que refere uma taxa de tabagismo de 29%.
- No grupo de homens, a percentagem de fumadores foi de 28,9% e no grupo de mulheres foi de 25,2%, embora a maior percentagem das pessoas nunca tenha fumado (55,1%). A percentagem de ex-fumadores foi de 20,7% e de 16,6%, respectivamente nos homens e nas mulheres;
- Entre os fumadores, é menos provável que a cessação tabágica ocorra nas faixas etárias mais jovens (17-25 anos). A idade de cessação tende a iniciar-se apenas vinte a trinta anos após a iniciação tabágica (46-55 anos), embora nas mulheres se note um ligeiro aumento da cessação, na faixa etária dos 26-35 anos,

coincidente com a maternidade. A adolescência e o início da adultícia constituem períodos mais favoráveis à iniciação e estabelecimento do tabagismo;

- É possível que o baixo acesso à escolaridade e a menor diferenciação profissional, remetam a mulher para um papel mais tradicional, protegendo-a de iniciar o consumo de cigarros, mais associado, neste estrato, à identidade masculina. Da mesma forma, a maior exposição à informação e o conhecimento dos riscos de fumar, poderá proteger as mulheres das classes sócio-profissionais mais diferenciadas de se envolverem em comportamentos tabágicos.

Experiências iniciais com cigarros

- As primeiras experiências com cigarros ocorrem por volta dos quinze anos de idade, embora os fumadores tendam a referir experiências mais precoces do que os não fumadores;
- As principais razões para começar a fumar, em ambos os sexos, são a "brincadeira / curiosidade", a "atracção pelo ritual de acender e fumar o cigarro" e a "pressão dos amigos". A influência da publicidade explícita é considerada pouco relevante. Estas razões relacionam-se com experiências típicas da adolescência, comuns a rapazes e a raparigas, nomeadamente a afirmação pessoal, a experimentação de novas sensações, a filiação ao grupo de pares e a provocação das regras impostas pelas figuras de autoridade;
- Nas suas experiências iniciais com cigarros, os rapazes pretendem aproximar-se da imagem de alguém mais velho, maduro, viril e activo, enquanto as mulheres tendem a recorrer aos cigarros como estratégia para lidar com situações de tensão, manifestando maior vulnerabilidade à ansiedade social.

Carga tabágica

- Os homens ex-fumadores consomem mais cigarros por dia, do que os seus pares fumadores (20,9 *vs.* 14,6, respectivamente). É possível que, devido à elevada carga tabágica, os ex-fumadores sintam maior necessidade de parar. Outra possibilidade é a de ocorrer um efeito de desejabilidade social, quer no sentido

dos fumadores desvalorizarem a gravidade da sua dependência, quer dos ex-fumadores valorizarem de forma narcísica o facto de terem parado de fumar;

- Os homens, em comparação às mulheres, apresentam níveis significativamente mais elevados de dependência física da nicotina, traduzida por maior número de cigarros fumados por dia, teores de nicotina mais elevados e mais anos de tabagismo. É possível que este perfil de dependência masculina se deva a níveis óptimos de estimulação e impulsividade mais elevados, bem como aos estereótipos relacionados com o papel do género masculino, particularmente a virilidade e a imagem de controlo pessoal.

Perfil de inalação

- Os homens ex-fumadores tendem a referir, mais frequentemente, que têm o cigarro "sempre na boca", enquanto as mulheres relatam ter o cigarro tanto tempo na "boca como na mão". Na categoria dos fumadores a relação é inversa, com os homens a relatar que a "maior parte arde na mão" e as mulheres a referirem ter o cigarro "sempre na boca";
- O facto de os homens fumarem significativamente mais cigarros por dia do que as mulheres, poderá contribuir para desenvolverem a crença de que os cigarros ardem na mão ou no cinzeiro. Este mecanismo de dissociação e denegação ajudará o fumador a reduzir o nível de tensão psicológica e a adiar a decisão de parar. Depois de parar de fumar, é possível que se desencadeie uma reacção ansiosa, com dramatismo e culpabilização, surgindo a representação de que, quando era fumador, o cigarro estava "sempre na boca";
- No caso das mulheres fumadoras, a tendência para considerar que o cigarro está "sempre na boca" pode resultar de uma avaliação exagerada e ansiosa, em que se acentua a importância do efeito deletério e, por inerência, a probabilidade de vir a sofrer consequências nefastas. Após a cessação, porém, esta percepção tende a estabilizar.

Percepção de risco

- As mulheres não fumadoras revelam maior percepção de risco e sensibilidade aos conteúdos de medo associados ao tabagismo, tendo, por esta razão, mais

probabilidade de adoptar comportamentos preventivos. Pelo contrário, os homens tendem a manter uma atitude de denegação ou minimização do risco, facto que os torna mais vulneráveis e desprotegidos.

Tentativas para deixar de fumar

- Em ambos os sexos, os ex-fumadores relatam significativamente maior número de tentativas para deixar de fumar do que os fumadores, podendo concluir-se, por um lado, sobre a tendência para a cronicidade e a recidiva na dependência dos cigarros e, por outro lado, que o número de tentativas para deixar de fumar se associa ao aumento da probabilidade de sucesso, eventualmente devido à acumulação de aprendizagens;
- As mulheres fazem mais tentativas para deixar de fumar, mas os homens são mais eficazes a manter a abstinência. É provável que existam perfis de recaída diferentes em função do sexo. Nos homens, a dependência é eminentemente física e a recaída caracteriza-se por reacções perante situações emocionais negativas, provavelmente de carácter mais agudo, disfórico e impulsivo. Nas mulheres, o padrão de recaída resulta da acumulação de factores de risco, desde logo associados à natureza emocional da dependência e à utilização da nicotina como estratégia para lidar com as emoções, o que é agravado pela maior vulnerabilidade à afectividade ango-depressiva;
- As principais razões para deixar de fumar, em homens e mulheres, relacionam-se com as preocupações em "manter a saúde" e o "medo das doenças provocadas pelo tabaco", ambas relacionadas com um *locus* de controlo interno. Nas mulheres fumadoras, porém, a "gravidez" constitui a primeira razão para deixar de fumar. As razões menos referidas foram o "conselho médico", a "pressão da família, do cônjuge ou do(a) namorado(a)", a "pressão social para não fumar" e a "interdição de fumar no trabalho", razões relacionadas com um *locus* de controlo externo;
- Verifica-se, assim, que o acesso a informação sobre tabagismo pode desempenhar um papel importante na sensibilização sobre os benefícios associados à cessação tabágica, no esclarecimento acerca dos riscos relacionados com o consumo de produtos do tabaco e até na criação de uma

percepção de competência pessoal para controlar e atingir objectivos relevantes ao nível da saúde;

- O recurso a técnicas para deixar de fumar foi muito escasso, com o valor máximo de respostas afirmativas a rondar os 6,1%. A utilização de pastilhas e rebuçados sem nicotina, o controlo de estímulos e a redução gradual de ingestão de nicotina e alcatrão foram as respostas mais frequentes;
- Considerando que a maioria das tentativas não foram acompanhadas por técnicos de saúde, é provável que o esforço necessário para cessar e a taxa de recaída tenham sido mais elevados do que seriam de esperar, num contexto de acompanhamento clínico, com maior acesso à informação ou mediante um planeamento mais consistente das tentativas para deixar de fumar;
- A maior dificuldade que os homens sentiram ao deixar de fumar foram os "sintomas psicológicos de abstinência", enquanto a maioria das mulheres não referiu qualquer dificuldade. Esta diferença pode sugerir que os homens têm níveis de dependência dos cigarros mais elevados. A sequência das dificuldades, porém, é semelhante em ambos os sexos;
- Os ex-fumadores, de ambos os sexos, identificaram significativamente mais dificuldades em parar de fumar, do que os fumadores. É possível que o menor nível de consciencialização e activação cognitiva perante as dificuldades, possam contribuir para diminuir o sucesso na desabituação tabágica. Outra possibilidade é que os fumadores, a fim de reduzirem a dissonância cognitiva desencadeada pela recaída, desvalorizem as dificuldades, protegendo-se contra a angústia, o conflito interno e o medo de não atingir a resolução. Este mecanismo pode funcionar como estratégia de descanso e recuperação, até que a motivação seja restabelecida e uma nova tentativa possa ser feita;
- As três principais razões de recaída, em ambos os sexos, foram a "afectividade positiva", a "exposição ao estímulo" e a "afectividade negativa". Assim, a dependência emocional, envolvendo a afectividade positiva e negativa, bem como a dependência social, parecem desempenhar papéis mais importantes na recaída que a própria dependência física;
- O impacto das situações de afectividade negativa, sobre a recaída, parecem provocar reacções diferentes em função do sexo. Enquanto os homens apresentam um padrão de reacção mais disfórico, impulsivo e discordante com

o humor prévio, as mulheres reagem com menos impulsividade e de forma mais congruente com um humor de tipo ango-depressivo;

- A maioria dos participantes, homens e mulheres, respondeu não ter recebido incentivo de ninguém para deixar de fumar. Esta resposta pode estar intimamente associada a mecanismos de selecção e organização mnésica. É, pois, possível que as várias influências para deixar de fumar tenham sido assimiladas pelo fumador, criando-se uma narração pessoal do acontecimento que não segue de forma linear a realidade;
- A segunda resposta mais frequente, relativamente ao incentivo para deixar de fumar, foi a referência à ajuda do "cônjuge", quer em homens, quer em mulheres. Porém, o incentivo dos maridos parece ter um efeito mais positivo na cessação tabágica, considerando que há significativamente mais mulheres ex-fumadoras a referi-lo, do que mulheres fumadoras e homens ex-fumadores ou fumadores;
- A maioria dos ex-fumadores de ambos os sexos referem "nunca" ter recebido conselho médico para deixar de fumar. No caso dos fumadores, porém, a resposta mais frequente é "algumas vezes" ter sido aconselhado pelo médico. Este resultado pode dever-se à idade em que as pessoas deixaram de fumar. É provável que o conselho médico para deixar de fumar, há dez ou quinze anos atrás, estivesse bastante menos enraizado no conceito de boa prática clínica e, portanto, o reconhecimento pela ajuda clínica terá sido diminuto, precisamente porque ele não ocorreu.

História de tabagismo na família

- Os filhos, homens, de pais não fumadores tendem a ser não fumadores, enquanto os filhos de pais fumadores tendem a apresentar história de hábito tabágico. O hábito tabágico da mãe, porém, não se associou ao dos filhos. Quando o hábito tabágico está presente nos irmãos ou cônjuges, também se observa uma tendência para o desenvolvimento de hábitos tabágicos, em ambos os sexos. Assim, quando os pais, irmãos ou companheiros servem como modelos favoráveis ao tabagismo, o risco de desenvolver esse hábito é maior;
- A iniciação tabágica parece ocorrer como um ritual de passagem que aproxima o adolescente do estatuto simbólico do adulto, da autoridade e do poder, mas,

simultaneamente, representa um desafio aos limites e às regras impostas, precisamente, pelas figuras de autoridade. Relativamente ao tabagismo entre pares (ex. irmãos, amigos), devem considerar-se, adicionalmente, os processos de cooperação e de desinibição, mas também de competição e difusão da responsabilidade que, conjuntamente, facilitam a acção;

- O tabagismo no seio dos casais, deverá relacionar-se mais com a manutenção do hábito tabágico, do que propriamente com a iniciação do consumo, embora esta situação também possa ocorrer. Existem, a este respeito, três possibilidades: (1) a tendência para as pessoas se exporem a grupos com características semelhantes às suas, aumenta a probabilidade de encontrar pares com hábitos semelhantes, (2) os cônjuges fumadores evitam a dissonância cognitiva enquanto ambos os cônjuges fumarem e, finalmente, (3) o hábito tabágico é induzido do elemento fumador, para o elemento não fumador.

Relato de doenças

- O relato de doenças é mais elevado nos participantes com hábito tabágico (ex-fumador e fumador) do que nos não fumadores. As mulheres, por seu turno, referem mais doenças do que os homens. Comparando as doenças que sofreu no passado e as doenças que sofre na actualidade, verifica-se um aumento na percepção de doenças actuais, com excepção dos homens ex-fumadores;
- O maior relato de sinais, sintomas e doenças por parte dos fumadores corresponde a uma percepção correcta, tendo em conta a sua maior vulnerabilidade. Embora os fumadores enviesem a realidade quando confrontados com perguntas directas sobre o seu risco, isso não impede um adequado reconhecimento íntimo da presença de sinais, sintomas e doenças. Assim, embora possa ser difícil reconhecer publicamente que se está a lesar a saúde de forma voluntária, intimamente parece ocorrer um reconhecimento desse efeito deletério;
- A tendência para as mulheres relatarem mais doenças poderá relacionar-se com a elevação do traço de neuroticismo que, como se sabe, é caracterizado por alterações no funcionamento cognitivo, designadamente atenção selectiva e enviesamentos no processamento de informações sobre a actividade fisiológica, as cognições e os comportamentos.

Consumo de bebidas estimulantes

- O consumo de bebidas alcoólicas (i.e. cerveja, vinho e digestivos) aumenta significativamente ao fim-de-semana, em ambos os sexos, embora os homens apresentem padrões de consumo superiores. Em relação ao café ocorre uma diminuição significativa da sua ingestão ao fim-de-semana. De uma forma geral, os fumadores e em seguida os ex-fumadores são aqueles que consomem mais bebidas estimulantes, particularmente café. O chá é uma bebida pouco consumida;
- Os não fumadores de ambos os sexos tendem a apresentar índices mais baixos de abuso das bebidas alcoólicas, do que os ex-fumadores e os fumadores. Os homens, porém, abusam significativamente mais do álcool do que as mulheres;
- O consumo de nicotina, cafeína e álcool tende a ocorrer de forma associada, eventualmente por provocarem reacções neuroquímicas e sensações semelhantes, designadamente vertigem, tontura, prazer, conforto, activação ou relaxamento. Assim, a propensão para procurar estas estimulações constitui um indicador do risco para depender de qualquer uma das substâncias;
- Os homens, em comparação com as mulheres, apresentam maior tendência para abusar destas substâncias e, portanto, maior dependência física e tendência para consumir simultaneamente várias substâncias. Definiu-se, assim, um perfil masculino de consumo, caracterizado pela procura dos efeitos directos e hedónicos das substâncias;
- Os fumadores apresentam um padrão diferencial de auto-administração de substâncias, durante a semana e ao fim-de-semana. Durante a semana, existe uma associação preferencial entre nicotina e cafeína, enquanto, ao fim-de-semana, esta associação é substituída por nicotina e álcool. A utilização selectiva das substâncias dependerá de ritmos diários. Durante a semana, as tarefas laborais e produtivas exigem a activação das estratégias de confronto com o stresse. Ao fim-de-semana, as actividades de lazer e recreação visam facilitar a desactivação e a socialização.

Características particulares dos não fumadores

- A maior parte dos não fumadores já experimentou, alguma vez, fumar cigarros (75,5%) e os homens referem significativamente mais do que as mulheres essa experiência;
- As duas principais razões para as pessoas nunca se terem tornado fumadores, prendem-se com aspectos sensoriais (ex. mau sabor, cheiro, ter-se engasgado, dor de cabeça) ou emocionais (ex. não gostar da imagem dos fumadores ou de cigarros). As mulheres referem os malefícios para a saúde significativamente com mais frequência do que os homens, enquanto estes valorizaram mais do que as mulheres a prática do desporto;
- A extrema acessibilidade dos cigarros e a sua popularidade podem justificar que a maior parte das pessoas já tenha alguma vez experimentado fumar. Fumar pode constituir uma experiência semelhante a provar uma comida exótica, fazer uma directa com os amigos, ir jogar ao casino, praticar um desporto radical ou, num registo mais transgressivo, experimentar embriagar-se ou fumar um cigarro de haxixe;
- Poderão existir padrões diferentes na percepção do risco tabágico, em homens e mulheres. Os homens tendem a negligenciar a importância das situações de risco, eventualmente por necessidades mais elevadas de estimulação hedónica e afirmação pessoal. As mulheres parecem ser mais susceptíveis à percepção do risco, tomando consciência mais facilmente da importância de adoptar medidas preventivas;
- As razões para adoptar comportamentos preventivos podem ser diferentes em função do sexo. Enquanto os homens valorizam mais os aspectos relacionados com a competitividade, o vigor e o rendimento físico, as mulheres são mais sensíveis aos ganhos ou prejuízos em saúde, associados ao tabagismo.

Características particulares dos fumadores

- As principais pistas ambientais para fumar tendem a ser diferentes em homens e mulheres. Enquanto os homens fumam mais na sequência da exposição a outras substâncias psicoactivas (café ou álcool), para as mulheres os estímulos mais importantes têm a ver com estados emocionais caracterizados pela tensão. Em

ambos os sexos, sair à noite constitui a segunda razão mais importante para aumentar o consumo de cigarros;

- Os homens, em comparação com as mulheres, tendem a compensar as situações de aborrecimento recorrendo à nicotina, eventualmente para aumentar os níveis hedónicos de estimulação;
- Os homens consideram mais importante deixar de fumar, em comparação com as mulheres, devido, eventualmente, à sua maior dependência física de cigarros. A vivência de limitações físicas e sensações corporais provocadas pelo tabagismo, podem aumentar a percepção de vulnerabilidade e, portanto, a necessidade de adoptar comportamentos preventivos. As ameaças à robustez física e à identidade corporal poderão exercer uma influência particularmente angustiante, mas, simultaneamente, mobilizadora de recursos para a mudança.

4.3.2. Perfil emocional

- A afectividade negativa no seu conjunto não parece ser suficiente para explicar o desenvolvimento do hábito tabágico ou a sua cessação. As pessoas com história de tabagismo (ex-fumadores e fumadores) tendem a não apresentar sinais psicopatológicos mais marcados do que os seus pares não fumadores. Assim, a associação entre o hábito tabágico e a doença psiquiátrica apenas se deverá observar a partir de níveis moderados ou elevados de morbilidade;
- Em comparação com os participantes com história de hábito tabágico (ex-fumadores e fumadores), os homens não fumadores apresentam menos queixas depressivas e as mulheres não fumadoras têm menos sentimentos de urgência de tempo e impaciência (UTI). As mulheres tendem a apresentar mais afectividade negativa;
- O facto de os homens fumadores relatarem mais sintomatologia depressiva poderá dever-se à sua maior vulnerabilidade perante a pressão social, característica que, aliás, poderá estar na base da aquisição do hábito tabágico e/ou ao recurso à nicotina como estratégia de auto-medicação. Quanto às mulheres fumadoras, é possível que o desempenho de múltiplos papéis, tarefas e jornadas contribua para aumentar as sensações de UTI e, portanto, que os cigarros constituam um recurso de auto-medicação.

4.3.3. Perfil tabágico

- No perfil tabágico masculino, comparando ex-fumadores e fumadores, não se registam diferenças ao nível da dependência física da nicotina. Os ex-fumadores referem mais vezes que fumam para reduzir a afectividade negativa e por necessidade de manipular o cigarro, notando-se um aumento do seu sentimento de auto-eficácia. Os fumadores, por seu turno, pontuam mais na tendência para fumar por hábito e dependência e na necessidade de estimulação;
- A maior tendência dos ex-fumadores para referirem padrões emocionais de dependência, poderá relacionar-se com o baixo nível de consciência sobre a dependência física, com enviesamentos do processamento mnésico e com mecanismos de organização emocional;
- Independentemente do hábito tabágico, os argumentos contra o tabagismo são sempre superiores aos argumentos pró-tabagismo. O predomínio dos argumentos contra o tabagismo, parece confirmar que existe um conhecimento generalizado sobre os malefícios do tabaco. Por seu turno, existe menor diferença entre as pontuações médias dos argumentos contra e pró-tabagismo nos ex-fumadores, do que nos fumadores. Assim, o conflito e a dissonância são mais acentuados nos fumadores, do que nos ex-fumadores, o que é compreensível, tendo em conta a necessidade dos fumadores operarem mudanças pessoais;
- As mulheres ex-fumadoras, em comparação às fumadoras, têm maior activação de estratégias de confronto. É provável que o facto de as mulheres apresentarem mais dificuldade em parar de fumar e maior taxa de recaída se relacione com a cronicidade do conflito psicológico, marcado por dissonância cognitiva e ambivalência. As mulheres depois de parar de fumar desgastam-se mais intensamente na luta contra as tentações, tendo maior probabilidade de sofrer fenómenos como a fadiga da cessação;
- Comparando o perfil tabágico de homens e mulheres, verifica-se que os homens ex-fumadores têm níveis mais elevados de dependência física da nicotina e referem mais frequentemente do que as mulheres que fumam por hábito e

dependência. Os homens fumadores, por seu turno, apresentam menor dependência emocional do que as mulheres fumadoras;

- Em ambos os sexos, o sentimento de eficácia pessoal aumenta ao longo da desabituação, constituindo um preditor importante na manutenção da abstinência.

4.3.4. Modelo transteórico

Estádios de mudança

- Existe um ajustamento na distribuição do hábito tabágico, entre a previsão do modelo transteórico e a distribuição observada neste estudo, relativamente ao estádio de pré-contemplação, com 53,5% dos fumadores e ao estádio de contemplação, com 37,1%. No estádio de preparação, porém, regista-se uma percentagem significativamente mais reduzida de fumadores do que o modelo sugere, contabilizando-se apenas 9,4% dos participantes;
- A menor percentagem de participantes no estádio de preparação pode indicar que nesta amostra a sensibilização ou prontidão para a mudança é mais baixa do que se poderia esperar. A baixa diferenciação dos serviços de saúde em matéria de desabituação tabágica, o insuficiente impacto dos canais de divulgação em massa e a excessiva popularidade do estereótipo social do fumador podem contribuir para este resultado.

Balanço decisório

- Contrariamente àquilo que é preconizado pelo modelo transteórico, regista-se um predomínio de argumentos contra o tabagismo, no estádio de pré-contemplação, quando deveriam predominar os argumentos a favor, e no estádio de contemplação, quando deveria existir um equilíbrio entre os argumentos. Os dados deste estudo apenas seguem a previsão do modelo, relativamente aos estádios de preparação e acção, onde os argumentos contra o tabagismo são superiores aos argumentos a favor;

- Verifica-se maior diferença na média dos argumentos contra e a favor do tabagismo, nos estádios de pré-contemplação, contemplação e preparação, comparativamente à menor diferença nos estádios de preparação e acção;
- Ao longo das várias fases de mudança comportamental existe uma consciência bastante alargada acerca dos malefícios do tabagismo. O predomínio dos argumentos contra o tabagismo pode desencadear sensações de dissonância cognitiva, ambivalência emocional e luta entre o desejo e a interdição de fumar. Quanto maior a diferença entre os argumentos contra e a favor de fumar, maior a importância e a actualidade desse comportamento e, portanto, a necessidade de operar uma mudança. À medida que decorre o tempo sobre a mudança, diminui a diferença entre os argumentos e, portanto, a importância, actualidade ou intensidade desse comportamento.

Auto-eficácia

- Seguindo a previsão do modelo transteórico, observa-se um aumento da auto-eficácia a partir do estádio de preparação e, de forma mais significativa, nos estádios de acção e manutenção, confirmando-se a importância da auto-eficácia como preditor na manutenção da abstinência.

Processos de mudança

- A estrutura factorial da medida que operacionaliza a avaliação dos processos de mudança não foi devidamente reproduzida, tendo-se interpretado os resultados da escala como um índice global da activação de estratégias de confronto com a mudança, no contexto da dependência tabágica;
- Partindo deste pressuposto, observa-se uma activação diferencial dos processos de mudança ao longo dos diferentes estádios. As estratégias de confronto tendem a acentuar-se entre a pré-contemplação e a acção, para voltarem a atenuar-se na fase de manutenção;
- O nível mais baixo de activação ocorre durante o período de pré-contemplação e apesar da fase de manutenção ser caracterizada pela diminuição da confrontação, ela é significativamente superior à do estádio de pré-contemplação.

Comentário

Principais conclusões

Relativamente à presente investigação, é fundamental, em primeiro lugar, relativizar o sentido das conclusões que se podem retirar. Existem limitações no processo de amostragem e na possibilidade de extrapolar os resultados para a população portuguesa em geral. Em segundo lugar, é necessário aceitar um certo desprendimento em relação à teoria e aos dados, o que, talvez, constitua a melhor garantia de poder observar e aplicar correctamente aquilo que a ciência nos ensina[89]. De facto, a actuação do psicólogo resulta de uma urdidura delicada entre as experiências pessoais, profissionais e académicas, o espírito de experimentação e a capacidade para testar sistematicamente hipóteses de diagnóstico e de intervenção. Neste ponto, a pessoa encontra-se com a ciência e a ciência personifica-se. Em terceiro lugar, importa reconhecer que os resultados da investigação científica devem nortear linhas críticas de reflexão e de actuação clínica. Assim, ao analisar o conjunto de conclusões que decorrem deste estudo poderíamos identificar quatro grandes eixos:

- **Prazer *vs.* risco.** No tabagismo, tal como no comportamento humano em geral, existe uma dimensão hedónica básica que se manifesta, quer durante a fase de iniciação ao consumo de cigarros, quer durante o período de manutenção. Uma parte deste prazer está associado ao próprio risco, particularmente na adolescência, durante a qual fumar constitui uma experiência com características de novidade, emancipação e transgressão. À medida que a dependência evolui e consequentemente ocorrem os efeitos nefastos do tabagismo, a percepção de risco intensifica-se ao ponto de se tornar num factor decisivo para a cessação tabágica. Assim, se numa fase inicial existe o "prazer

[89] Lembramos a este propósito um pensamento de Almada Negreiros: "E de que servem o livro e a ciência se a experiência da vida é que faz compreender a ciência e o livro?".

do risco", em estádios mais adiantados aquilo que o fumador percepciona é o "risco do prazer". Esta inversão de valores, estará relacionada com o conflito gerado entre a necessidade de manter níveis óptimos de estimulação ou hedonismo e a angústia desencadeada pelo facto de que "fumar mata". A intensidade desta tensão determinará a possibilidade de adoptar comportamentos preventivos. Enquanto, porém, a dependência do cigarro se instala de forma prazenteira, a desabituação é dolorosa, envolve a sensação de perda e exige um esforço activo. Neste sentido, é mais fácil entrar do que sair da dependência. Em ambos os movimentos, o papel dos pares e do meio social é crucial, embora a sua função seja diferente em cada uma das situações. Muitos dos companheiros e contextos sociais que favoreceram o início do consumo, devem agora ser substituídos por ambientes protectores e pessoas capazes de ajudar a sustentar o objectivo da abstinência (Trigo, 2006).

- **Masculinidade *vs.* feminilidade.** Ao desenvolver a presente investigação partiu-se da expectativa de que as principais diferenças entre os participantes se deveriam, essencialmente, ao tipo de hábito tabágico (i.e. não fumadores, ex-fumadores e fumadores). Rapidamente, porém, se compreendeu que os padrões de iniciação, manutenção, cessação, abstinência e recaída dependiam fortemente de diferenças na identidade do género. A carga tabágica, o perfil de inalação, a percepção do risco, a eficácia na cessação tabágica, o padrão de recaída, a influência da história familiar de tabagismo, a frequência do relato de doenças, a tendência para consumir bebidas estimulantes em associação com os cigarros e o perfil tabágico, são fortemente influenciados pelo género. Considerando, então, que existe um padrão de dependência tipicamente masculino e feminino, torna-se fundamental considerar o género na abordagem do tabagismo. A importância e a especificidade das características do género, aliás, não é distinta daquela que deve ser considerada em outros domínios da saúde. A questão da virilidade, da impulsividade ou da externalização do conflito, no caso dos homens, ou do neuroticismo, da contenção ou da internalização da tensão emocional, no caso das mulheres, para citar apenas alguns exemplos extremados, não é estranha aos técnicos das áreas psicossociais e biomédicas. No caso do abuso e dependência dos cigarros a questão coloca-se, apenas, em adequar os conceitos e as manifestações clínicas a esta problemática. Assim, os

homens e as mulheres, embora semelhantes no que diz respeito ao estatuto tabágico, revelam padrões específicos de utilização dos cigarros.

- **Dependência física *vs.* dependência emocional.** A propósito das diferenças de género na dependência dos cigarros, uma das conclusões mais relevantes deste trabalho diz respeito à tendência dos homens apresentarem padrões biocomportamentais marcados por maior carga tabágica, maior dependência física, níveis óptimos de estimulação mais elevados e tendência para fumar como forma de gerir a impulsividade. O consumo de cigarros na mulher, por seu turno, caracteriza-se por uma dependência mais emocional, associada a características ansiosas e depressivas, funcionando os cigarros como estratégia de sedação perante situações de tensão emocional. Deste ponto de vista, os programas de desabituação tabágica deverão, no caso dos homens, dedicar especial atenção à terapia de substituição nicotínica e, no caso das mulheres, à abordagem da comorbilidade ango-depressiva.

  Neste domínio, contudo, não podemos deixar de considerar o papel da sinergia biocomportamental e, portanto, da acção recíproca entre as diferentes formas de dependência. Poderíamos ilustrar esta perspectiva com vários exemplos. Quando um adolescente se envolve em experiências de consumo, seduzido por representações sociais e passa, gradualmente, a depender do consumo regular de cigarros, o que será mais importante, a facilitação social ou a "facilitação biológica"? Quando compreendemos que a intensidade da dependência tabágica pode suscitar a necessidade de parar de fumar, o que devemos considerar mais relevante na tomada de decisão, a gravidade dos sinais físicos de dependência ou a acutilância da percepção de risco? Quando ajudamos fumadores a parar de fumar que, embora motivados, vacilam perante o receio de não conseguir, o que será determinante, a síndroma de privação ou o medo de sucumbir ao sofrimento e à sensação de perda? Como é evidente, as classificações, os estereótipos e os perfis partem de uma dimensão nomotética, negligenciando variáveis contextuais ou individuais e, portanto, a dimensão idiográfica. Isto implica que apesar de os homens e as mulheres manifestarem padrões de consumo mais físicos ou emocionais, não se pode dissociar em absoluto um do outro. Assim, a dependência física suscita sensações subjectivas e a dependência emocional assenta em efeitos físicos, daqui a noção de

"biocomportamental". Usando a metáfora de Lyotard (1997), o corpo é o *hardware* sobre o qual assenta um complexo dispositivo hipotético-dedutivo, intuitivo e simbólico, ou seja, o *software* mental. A inseparabilidade entre a mente e o corpo resulta, pois, do facto de este último constituir a condição material indispensável à existência e de ambos dependerem um do outro para se relacionarem com o ambiente.

- **Resistência *vs.* progressão.** Para que um ser humano consiga dirigir para si próprio uma acção destrutiva, de forma sustentada, necessita de inibir o seu sistema de auto-protecção. Deste plano, fazem parte estratégias como a denegação, a dissociação, a anulação, bem como diversos esquemas irracionais de enviesamento cognitivo. Consequentemente, o fumador consegue evitar pensar sobre a mudança ou procrastinar essa possibilidade durante vários anos. A sustentação do tabagismo faz-se, assim, à custa de uma dispendiosa organização emocional e cognitiva que é, constantemente, posta à prova, quer pelo próprio, quer pelos outros. Naturalmente, nenhum fumador permanece impassível perante os apelos de um filho que lhe pede para deixar de fumar e não é fácil ficar à margem da crescente moda anti-tabágica. Igualmente penosa é a resistência aos sentimentos de culpa e de medo, suscitados pela ameaça dos efeitos nefastos de fumar. É disto prova a dissonância e a ambivalência sentida pelos fumadores, quando reconhecem no tabagismo mais desvantagens do que vantagens ou quando, apesar de fumarem, revelam forte activação cognitiva relacionada com o problema do tabagismo. Cada fumador contém, então, o antídoto do seu próprio veneno, ou seja, o anti-fumador. Podemos, assim, considerar que os mecanismos de resistência coexistem com os de mudança. Na realidade, muitos fumadores já chegam às consultas de desabituação, emocionalmente, como ex-fumadores e, portanto, em processo de mudança, enquanto muitos ex-fumadores continuam a fumar em fantasia, através do seu desejo, da sua ambivalência e dos seus sonhos. Isto quer dizer que a ajuda prestada pelos técnicos tem de se adequar à dinâmica emocional e ao momento em que cada fumador ou ex-fumador se encontra. Enquanto, em algumas situações, é preciso saber dar tempo à resistência, para que ela não se fortaleça perante a ameaça da mudança, em outras situações, é necessário avançar precisamente com o desafio da mudança. Aqui não conta apenas o programa de

tratamento ou as convicções e pré-conceitos do clínico, mas também as características, as necessidades, o potencial e o ritmo da pessoa a tratar. Importa não esquecer que tal como ninguém se tornou fumador de um dia para o outro, também não é possível, de repente, um ex-fumador reaprender a viver sem os efeitos biocomportamentais dos cigarros. Partindo do princípio de que aprender é eliminar (Changeux, 1991), então será necessário tempo e investimento para activar novas estratégias mentais e para desaprender os padrões de dependência. Ao nível do córtex cerebral, por seu turno, serão estimuladas selectivamente novas conexões, ao mesmo tempo que as antigas sinapses se inibem. Apesar da sua sofisticação, a capacidade transformadora do sistema nervoso central só pode transcrever e inscrever as excitações que lhe chegam do meio onde vive, de acordo com o seu próprio ritmo (Lyotard, 1997). Corpo e mente necessitam, assim, um do outro para, paulatinamente, recuperar da dependência e para reencontrar os mecanismos adaptativos mais saudáveis.

Trabalhos futuros

Ao longo deste trabalho tornou-se cada vez mais desconfortável usar a expressão "nicotino-dependência", bem como as categorias de "dependência" e "abstinência de nicotina", classificadas na DSM-IV-TR (APA, 2002). Como se sabe, esta dependência não diz apenas respeito à nicotina, mas também à dinâmica psicológica, ao prazer, à procura dos efeitos subjectivos, à aprendizagem, automatização e generalização de reacções associadas ao tabagismo, à tolerância à frustração, aos rituais de manipulação e consumo, etc. Se assim não fosse, poderíamos questionar por que razão não existem pessoas dependentes da terapia de substituição nicotínica? Num caso desta natureza, podia, realmente, falar-se de nicotino-dependência. Aceitando que o tabagismo comporta diversas dimensões (i.e. física, emocional, comportamental e social), deveria então reservar-se a noção de nicotino-dependência ou dependência de nicotina para as situações que se referem directa e unicamente à acção da nicotina sobre o organismo. Na realidade, os modelos sobre a dependência têm vindo a evoluir de uma concepção organicista, essencialmente centrada na doença, nos sintomas de tolerância e na abstinência, para uma concepção que inclui os processos mentais

(Dodgen, 2005) e, portanto, as dimensões socio-cognitivas da aprendizagem intrínsecas à aquisição e manutenção destes padrões disfuncionais de ajustamento.

É interessante notar que contrariamente aos termos "alcoólico", "heroinómano" ou "cocainómano", os quais dizem respeito à substância de abuso ou de dependência, o substantivo "fumador" diz respeito ao modo de auto-administração da substância e não à substância em si. Etimologicamente, "fumar" significa lançar fumo ou vapor (Machado, 1990), reporta-se à acção ou hábito e não propriamente ao efeito bioquímico da nicotina. De qualquer forma, "fumar" e "fumador" são designações excessivamente abrangentes e aplicáveis ao consumo de várias substâncias. Por estas razões, talvez fosse mais indicado utilizar expressões como "tabagismo", "abuso ou dependência dos cigarros" e, num sentido mais geral, "abuso ou dependência dos produtos do tabaco". Qualquer destas possibilidades parece mais inclusiva, considerando que o tabagismo resulta da confluência de vários factores e que a acção gestual ou o hábito é tão importante na definição da dependência, quanto o efeito das substâncias químicas dos cigarros, particularmente da nicotina. Importa, aliás, reconhecer que a necessidade de considerar os processos mentais e sócio-ambientais, aliado ao desenvolvimento dos próprios modelos psicossociais, terá contribuído para a emergência do conceito de "toxicodependência". Nesta expressão, conjugam-se as noções de "tóxico", referente à substância (ex. álcool, heroina, cannabis), e de "dependência", introduzindo-se, assim, a dimensão da pessoa que desenvolveu o hábito de consumir determinada droga nociva à saúde. O progresso do modelo psicossocial, portanto, levou à caducidade da perspectiva meramente biomédica, mas, nesta transição, o psicossocial também se medicalizou, num processo de "miscigenação". Enquanto o heroinómano adquiriu o estatuto de toxicodependente, o fumador passou a ser tratado como doente e, como tal, também ele alvo da actuação médica. De realçar, contudo, que o interesse em falar do tabagismo como uma doença associada à dependência da nicotina se prende (1) com a possibilidade de responsabilizar a indústria tabaqueira pelos danos causados pelo consumo destes produtos, (2) com a alocação de recursos científicos e clínicos a esta problemática e (3) com a maior facilidade em mobilizar a atenção do poder político e da opinião pública. Não se deve, contudo, confundir esta estratégia de combate ao tabagismo, com a natureza do problema em causa. Evidentemente, em termos clínicos, é redutor ou até corporativo abordar o tabagismo apenas como uma doença relacionada com a dependência da nicotina.

É, pois, urgente resistir à tendência para polarizar o problema do tabagismo a uma perspectiva biologicista, quer porque o tratamento do tabagismo se efectua essencialmente com equipas biomédicas, quer porque as terapêuticas farmacológicas continuam a ser a abordagem de eleição. Aquilo que se torna absolutamente claro é que o tabagismo exige uma intervenção holística, diferenciada, sofisticada e ajustada à sua complexidade. Neste empreendimento, é necessária formação técnica, recursos, "trans-corporativismo" e uma visão interdisciplinar, não havendo lugar para qualquer espécie de primado da Biologia, da Psicologia ou da Sociologia. Parafraseando, a este respeito, Morin (1988, p. 18), *o Homem não é constituído por duas camadas sobrepostas, uma bionatural e outra psicossocial*. Portanto, o reducionismo apenas pode trazer, por um lado, amputação da complexidade e, por outro lado, diminuição do potencial de actuar. Não é possível conceber a mudança humana segundo um modelo de produção em série e, neste sentido, não se pode motivar, depois promover as competências e a mudança, em seguida aconselhar uma terapêutica farmacológica e, finalmente, sensibilizar para a prevenção da recaída. As pessoas não são "construídas" por módulos, embora a intervenção em saúde e, por inerência, no tabagismo, esteja demasiadas vezes refém deste esquema de actuação. O que verdadeiramente acontece é um vai-e-vem constante entre todas as dimensões humanas. Aliás, as próprias concepções sobre o funcionamento neuronal partem de conceitos como a "emergência" e a "auto-organização" para ilustrar a cooperação global que emerge espontaneamente quando os potenciais de acção de cada neurónio são atingidos. Esta transferência das regras locais (neurónio) para a coerência global (sistema), constitui aquilo a que actualmente se designa por propriedades emergentes ou globais, redes dinâmicas ou não lineares, sistemas complexos ou até mesmo sinergética (Varela, s/d). Para intervir na desabituação tabágica, então, são necessárias equipas multidisciplinares, onde cada profissional reconheça o seu papel sem necessidade de se envolver numa luta incessante por manter a identidade ou a integridade do seu saber e valor relativo. Nesta acção todos são indispensáveis.

No que se refere aos tratamentos psicológicos, também é necessário alargar o tipo de técnicas de intervenção, tradicionalmente divididas em aversivas (ex. electrochoque, saciação e fumar rápido, sensibilização coberta, acetato de prata) e não aversivas (ex. controlo de estímulos, exposição a pistas, contra-condicionamento, redução gradual da ingestão de nicotina, reformulação cognitiva, estratégias de

confronto)[90]. Além do trabalho psicoterapêutico sobre as cognições e o comportamento, importa considerar a dependência e as reacções emocionais associadas à desabituação tabágica, em particular a ambivalência, a tristeza, a ansiedade, a angústia, a impulsividade, o medo, a vergonha ou a culpa. Estes são apenas os sintomas de que o ego se defende, recorrendo a múltiplos mecanismos de defesa. Sabemos, por exemplo, que a dificuldade em aderir a um plano realista de tratamento pode suscitar fenómenos de dissociação, nos quais surgem desligados o comportamento (puxar por um cigarro *vs.* fazer outra coisa qualquer), o afecto (desejo *vs.* medo) e o raciocínio (decidi fumar *vs.* fumar mata). Isto pode ocorrer, precisamente, com fumadores que desejam muito parar, mas permanecem bloqueados quanto à sua capacidade para mobilizar recursos criativos. Em outras situações, à medida que decorre a cessação, desenvolve-se uma sabotagem irracional[91] ao processo de desabituação e, portanto, à resolução do luto. Simbolicamente, a desabituação tabágica exige, precisamente, um trabalho de luto que envolve sentimentos de frustração, perda e vazio. É como se um "amigo" íntimo[92], que sempre esteve presente nos momentos alegres e nas situações difíceis ou tristes, de repente morresse, criando um vazio. Durante um período de tempo variável, o ex-fumador cria o fantasma de que este "espaço" apenas pode ser preenchido com produtos do tabaco. Surgem, então, sensações intensas de desejo, a convicção de que nunca conseguirá viver sem tabaco, a fantasia de fumar, de uma só vez, rolos feitos de muitos cigarros e sonhos com cigarros. Ocorre, por vezes, que a pessoa pede para mudar sem, porém, se dispor a fazer qualquer mudança. Aqui reside o contra-senso desta relação de ajuda, na qual a pessoa entrega o seu corpo para tratamento, mas dirige o investimento emocional para a expectativa de que alguém trará uma cura milagrosa, indolor e infalível.

Como se pode compreender, a desabituação tabágica não envolve apenas um trabalho ao nível dos comportamentos e dos aspectos bioquímicos da dependência. É

[90] Para mais detalhes sobre estas técnicas de intervenção, recomenda-se a leitura de Beck e associados (1993), Becoña e Vázquez (1998), Bishop (2001), Dodgen (2005) ou Seidman e Covey (1999).

[91] A noção de sabotagem ao processo de tratamento é sugerida por Marlatt e Gordon (1985), para se referirem aos antecedentes cognitivos implicados no planeamento não consciente dos episódios de recaída. Por seu turno, na perspectiva da teoria das relações de objecto, desenvolvida por Fairbairn (s/d), identificam-se três estruturas do eu: o eu central, o eu libidinal e o eu sabotador ou sabotador interno. Este esquema do eu parece particularmente aplicável ao estudo dos processos da desabituação de substâncias, tão fortemente marcados pela ambivalência e, portanto, pela coexistência de movimentos de mudança e de boicote à abstinência.

[92] É interessante referir a etimologia da palavra "íntimo", porque se refere a interior, "que está mais no interior, mais no fundo de, o fundo de" (Machado, 1990).

imprescindível lidar com o simbolismo, a racionalização, a denegação, a ambivalência, a clivagem, a dissociação, a fantasia, os fantasmas, o medo e vários processos da motivação humana. O que está em causa é a resistência, ora contra o conflito colocado pela mudança e pela perda, ora contra a tomada de consciência sobre as acções auto-destrutivas. Existe, então, ao nível emocional, um "clique" que poderá fazer a diferença entre o sucesso e o insucesso do projecto terapêutico. Por inerência, é necessário recorrer a um conjunto mais diversificado de técnicas psicoterapêuticas, frequentemente utilizadas em outras áreas da saúde mental, entre as quais se destaca a confrontação, a clarificação, a consciencialização, o encorajamento da expressão emocional, a externalização do conflito e a internalização do controlo, o apoio sócio-emocional.

Aquilo que importa saber é qual o nível de eficácia que os serviços estão interessados em atingir. Até 5% bastará uma intervenção breve[93]. Valores de 20% a 30% exigem maior contacto e diferenciação no uso dos recursos farmacológicos. Taxas entre os 30% e os 50% têm de incluir terapias de inspiração sócio-cognitiva. Um sucesso acima dos 50% só poderá ser alcançado, quando os componentes emocionais e da personalidade também são abordados. Por esta razão, a desabituação tabágica tem de se basear em programas multicomponentes e por inerência pluriprofissionais (força de evidência A; Fiore et al., 2000; Soares & Carneiro, 2002), nos quais a farmacologia e as restantes terapêuticas facilitem os "fenómenos transitivos"[94] de progressão entre a dependência e a autonomia. A farmacologia, ao mitigar os sinais de desintoxicação, funciona em apoio à aquisição de competências para não fumar e securiza a pessoa quanto ao sofrimento a que potencialmente estará exposta. É precisamente durante esta fase intermédia, entre a dependência e a não dependência, na qual se activam princípios bioquímicos, através da farmacologia e recursos emocionais, por via da psicoterapia, que se podem consolidar as forças

[93] Recordamos que os cinco A's constituem uma intervenção breve na desabituação tabágica (± 3 minutos), habitualmente desenvolvida a partir dos cuidados de saúde primários. Cada "A" refere-se a uma acção desenvolvida pelo médico de família junto do doente: *ask* / perguntar sobre a existência de hábitos tabágicos, *advice* / aconselhar a paragem, *assess* / avaliar a motivação para parar, *assist* / ajudar na cessação, *arrange* / assegurar acompanhamento.

[94] Utiliza-se esta expressão num sentido próximo de Winnicott (1975), para designar a relação estabelecida com um "objecto" concreto (terapia de substituição, terapeuta e espaço terapêutico), o qual é investido de significações subjectivas, por vezes mágicas, que facilitam a transição de um estado de grande dependência em relação a algo muito querido, para outro estado de não dependência. Neste caso, quer as propriedades bioquímicas dos fármacos, a acção psicoterapêutica e o espaço de relação (ex. grupo terapêutico), quer o efeito placebo, contribuem para consolidar a separação e a autonomização.

pessoais. Quando estes programas são desenvolvidos em matriz grupal, introduzindo-se, portanto, uma dimensão social, os fenómenos de identificação e diferenciação recíproca (ex. cooperação, competição e compromisso), são acelerados e, por inerência, aumenta o impacto do tratamento, bem como o ritmo e a probabilidade de a mudança ocorrer. A reorganização da identidade - de fumador para não fumador - resulta, então, de uma reacção contra os obstáculos ou a adversidade que estimula a libertação da resiliência mental, particularmente a vontade, o propósito, a competência, a lealdade, o amor, o cuidado e a sabedoria. Estes são, aliás, os recursos que pautam todo o desenvolvimento humano (Erikson & Erikson, 1997). Recordamos, a este propósito, que embora a investigação nesta área tenha sido dominada pelas concepções sócio-cognitivas, eventualmente porque as teorias psicodinâmicas nunca se interessaram directamente pela questão do tabagismo, isto não implica que a necessidade de tratar eficazmente os fumadores não beneficie com a aplicação destas concepções, nomeadamente aquelas que advêm da teoria das relações de objecto ou da psicologia do ego.

Existem, certamente, muitos temas de investigação no domínio do tabagismo. Com base nos instrumentos e nas conclusões retiradas deste trabalho, seria útil, por um lado, estudar as qualidades métricas dos questionários utilizados na avaliação de fumadores e, por outro lado, incluir dimensões emocionais que não foram inicialmente consideradas, particularmente a busca de sensações, a impulsividade ou a tolerância à frustração (Zuckerman, 1994). Recorrendo a metodologias experimentais, no contexto de uma consulta para a desabituação tabágica, podiam definir-se critérios de encaminhamento para os diferentes tipos de intervenção na desabituação tabágica, concretamente os cinco A's (Soares & Carneiro, 2002; Fiore et al., 2000), a terapia farmacológica e de substituição nicotínica e os programas multicomponentes, inspirados em técnicas e modelos da linha cognitivista, sócio-cognitiva (Beck et al., 1993), da terapia racional emotiva do comportamento (Bishop, 2001) e da teoria da relação de objecto (Fairbairn, s/d; Freud, 2006; Greenberg & Mitchell, 2003; Winnicott, 1975). Também seria interessante avaliar a eficácia das abordagens motivacionais (Miller & Rollnick, 1991, 2002) e da terapia para a prevenção da recaída (Gorski & Miller, 1986; Marlatt & Donovan, 2005; Marlatt & Gordon, 1985), bem como o papel da emocionalidade expressa (Leff & Vaughn, 1985) e da ira (Ellis & Tafrate, 1999) na precipitação das crises de recaída.

O estudo dos processos mentais no tabagismo poderá, então, contribuir para (1) validar e padronizar protocolos de avaliação, (2) avaliar o papel preditivo de variáveis relacionadas com a evolução do hábito tabágico, o perfil emocional e o perfil tabágico, (3) contribuir para o conhecimento dos mecanismos mentais envolvidos na iniciação, manutenção e cessação do tabagismo, (4) aumentar a taxa de procura e adesão aos tratamentos, (5) determinar a eficácia dos vários tipos de intervenções, (6) definir critérios mais claros de encaminhamento para os tratamentos, (7) consolidar competências terapêuticas no tratamento e na prevenção da recaída dos fumadores, (8) identificar parâmetros que contribuam para aumentar a eficácia dos tratamentos, (9) promover tratamentos mais eficazes e (10) diminuir custos ou desperdícios em recursos humanos, logísticos e financeiros. Como se pode depreender, continua a existir um longo caminho a percorrer e neste percurso existem vários obstáculos. Apenas a confluência de olhares e de esforços poderá abrir portas para intervenções mais eficazes e duradouras.

Bibliografia

AAE - Academic American Encyclopedia (1991). *Academic American Encyclopedia*. Danbury: Grolier Incorporated.

ACL - Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea* (Vols. I-II). Lisboa: Verbo.

Addington, J.; El-Guebaly, N.; Campbell, W.; Hodgins, D. & Addington, J. (1998). Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 974-976.

Aertgeerts, B.; Buntinx, F. & Kester, A. (2004). The value of CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: A diagnostic meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 30-39.

Ahlgren, A.; Norem, A.; Hochhauser, M. & Garvin, J. (1982). Antecedents of smoking among pre-adolescents. *Journal of Drug Education*, 12, 325-340.

AI - Advocacy Institute (1995). *Comprehensive framework and analysis of tobacco industry strategies and tactics*. Washington: AI.

Ajzen, I. (2001). Nature and operations of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

Anastasi, A. (1977). *Testes psicológicos* (2º Edição). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.

Anderson, C.; Pollak, K. & Wetter, D. (2002). Relations between self-generated positive and negative expected smoking outcomes and smoking behavior: An exploratory study among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 196-204.

Antonovski, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

APA - American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.

APA - American Psychological Association (2003). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th Edition). Washington: American Psychological Association.

APA - American Psychological Association (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. World Wide Web: http://www.apa.org/ethics/code2002.html

APA - American Psychiatric Association (1986). *Breviário dos critérios de diagnóstico do DSM-III. Mini DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda.

APPORT - Associação dos Psicólogos Portugueses (1995). *Princípios éticos da APPORT*. World Wide Web: http://www.snp.pt/osindicato/documentos_files/030301principdeont.htm

ARAQ - Air Report on Air Quality (1996). *Carbon monoxide (CO)*. World Wide Web: http://www.state.me.us/dep/air/AnnualReport/1996/ 96ar_co.htm

Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relations. H. Veiel & U. Baumann (Editors). *The meaning and measurement of social support* (pp. 13-32). New York: Hemisphere.

Arnau, R.; Meagher, M.; Norris, M. & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20, 112-119.

Aronson, E. (1992), The return of the repressed: Dissonance theory makes a comeback. *Psychological Inquiry*, 3, 303-311.

ASH - Action on Smoking and Health (2005 Sep.). *"Tar, nicotine and carbon monoxide yields of cigarettes". Tables from survey 43 – January to December 1999*. World Wide Web: http://www.ash.org.uk/html/regulation/ tartables.html

ASH - Action on Smoking and Health (2005 Jan.). *Fact sheet 1. Smoking statistics: Who smokes and how much*. World Wide Web: http://www.ash.org.uk

ASH - Action on Smoking and Health (2004 Sep.). *Fact sheet 4. Smoking and cancer*. World Wide Web: http://www.ash.org.uk

ASH - Action on Smoking and Health (2004a Sep.). *Fact sheet 5. Smoking and respiratory disease*. World Wide Web: http://www.ash.org.uk

ASH - Action on Smoking and Health (2004 Jul.). *Fact sheet 6. Smoking, the heart and circulation*. World Wide Web: http://www.ash.org.uk

ASH - Action on Smoking and Health (2004 May). *Fact sheet 7. Smoking, sex and reproduction*. World Wide Web: http://www.ash.org.uk

ASH - Action on Smoking and Health (2004a Jul.). *Fact sheet 13. Pipe and cigar smoking*. World Wide Web: http://www.ash.org.uk

Ayanian, J. & Cleary, P. (1999). Perceived risk of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1019-1021.

Azevedo, A.; Machado, A. & Barros, H. (1999). Tobacco smoking among Portuguese high-school students. *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 509-514.

Baer, J.; Holt, C. & Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 846-852.

Baer, J. & Lichtenstein, E. (1988). Classification and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 104-110.

Baker, T.; Brandon, T. & Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491.

Balsa, C.; Farinha, T.; Urbano, C. & Francisco, A. (2003). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2001*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Baron, J. (1986). Cigarette smoking and Parkinson's disease. *Neurology*, 36, 1490-1496.

Bass, C. (1984). Type A behavior in patients with chest pain: test-retest reliability and psychometric correlates of Bortner Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 289-300.

Bataille, V.; Ruidavets, J.; Arveiler, D.; Amouyel, P.; Ducimetière, P.; Perret, B. & Ferrières, J. (2003). Joint use of clinical parameters, biological markers and CAGE questionnaire for the identification of heavy drinkers in a large population-based sample. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 121-127.

Bates, C.; McNeill, A.; Jarvis, M. & Gray, N. (1999). The future of tobacco product regulation and labelling in Europe: Implications for the forthcoming European Union directive. *Tobacco Control*, 8, 225-235.

Batra, V.; Patkar, A.;Berrettine, W.; Weinstein, S. & Leone, F. (2003). The genetic determinants of smoking. *Chest*, 123, 1730-1739.

Beauchesne, H. (1989). *História da psicopatologia*. São Paulo: Martins Fontes.

Beck, A. & Beck, R. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.

Beck, A.; Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. USA: Basic Books.

Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A.; Steer, R. & Brown, G. (1996). *BDI-II Beck Depression Inventory: Manual* (2nd Edition). Boston: Harcourt Brace.

Beck, A.; Steer, R. & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

Beck, A.; Wright, F.; Newman, C. & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.

Becker, M. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thoroughfare: Slack.

Becoña, E. & González, F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Editorial Dykinson.

Becoña, E.; Palomares, A. & García, M. (2000). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.

Bennett, P.; Mayfield, T.; Norman, P.; Lowe, R. & Morgan, M. (1999). Affective and social-cognitive predictors of behavioural change following first myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 4, 247-256.

Benowitz, N. (1998). *Nicotine safety and toxicity*. New York: Oxford University Press.

Benowitz, N. (1996). Pharmacology of nicotine: Addiction and therapeutics. *Annual Review of New Pharmacology and Toxicology*, 36, 597-613.

Benowitz, N.; Peyton, J.; Kozlowski, L. & Yu, L. (1986). Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. *New England Journal of Medicine*, 315, 1310-1313.

Benowitz, N.; Porchet, H.; Sheiner, L. & Jacob, P. (1988). Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco use: Comparison with cigarettes and nicotine gum. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 44, 23-28.

Benwell, M.; Balfour, D. & Anderson, J. (1988). Evidence that tobacco smoking increases the density of (-)-[^{3}H]nicotine binding sites in human brain. *Journal of Neurochemistry*, 50, 1243-1247.

Beresford, T.; Blow, F.; Hill, E.; Singer, K. & Lucey, M. (1990). Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *Lancet*, August 25, 482-485.

Berkel, T.; Boersma, H.; Ross-Hesselink, J.; Erdman, R. & Simoons, M. (1999). Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. *European Heart Journal*, 20, 1773-1782.

Berkel, T.; Vlugt, M. & Boersma, H. (2000). Characteristics of smokers and long-term changes in smoking behavior in consecutive patients with myocardial infarction. *Preventive Medicine*, 31, 723-741.

Bishop, F. (2001). *Managing addictions. Cognitive, emotive, and behavioral techniques*. London: Jason Aronson Inc.

Blackburn, J.; Phillips, A.; Jakubovic, A. & Fibiger, H. (1989). Dopamine and preparatory behavior II: A neurochemical analysis. *Behavioral Neuroscience*, 103, 15-23.

Bliss, R.; Garvey, A. & Ward, K. (1999). Resisting temptations to smoke: Results from within-subjects analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 143-151.

Blitzer, P.; Rimm, A. & Giefer, E. (1977). The effect of cessation of smoking on body weight in 57.032 women: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Chronic Diseases*, 30, 415-429.

Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices* (Vol. 5). Thousand Oaks: Sage.

Bobo, J.; Lando, H.; Walker, R. & McIlvain, H. (1996). Predictors of tobacco quit attempts among recovering alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8, 431-443.

Bock, B.; Becker, B.; Monteiro, R.; Partridge, R.; Fisher, S. & Spencer, J. (2001). Physician intervention and patient risk perception among smokers with acute respiratory illness in the emergency department. *Preventive Medicine*, 32, 175-181.

Bortner, R. (1969). A short scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Disease*, 22, 87-91.

Botton, A. (2005). *Status e ansiedade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Boudreaux, E.; Kim, S.; Hohmann, J.; Clark, S. & Camargo, C. (2005). Interest in smoking cessation among Emergency Department patients. *Health Psychology*, 24, 220-224.

Brandon, T.; Tiffany, S.; Obremski, K. & Baker, T. (1990). Postcessation cigarette use: The process of relapse. *Addictive Behaviors*, 15, 105-114.

Brannon, L. & Feist, J. (1997). *Health psychology. An introduction to behavior and health* (3rd Edition). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Breslau, N. & Johnson, E. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American Journal of Public Health*, 90, 1122-1127.

Breslau, N.; Kilbey, M. & Andreski, P. (1992). Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Findings from an epidemiologic study of young adults. *American Journal of Public Health*, 149, 464-469.

Breslau, N.; Kilbey, M. & Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.

Breslau, N. & Klein, D. (1999). Smoking and panic attacks: An epidemiologic investigation. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1141-1147.

Breslau, N.; Peterson, E.; Schultz, L.; Chilcoat, H. & Andreski, O. (1998). Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Archives of general Psychiatry*, 55, 161-166.

Briggs, S. & Cheek, J. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106-148.

Brod, M. & Hall, S. (1984). Joiners and nonjoiners in smoking treatment: A comparison of psychosocial variables. *Addictive behaviors*, 9, 217-221.

Brodish, P. & Ross, G. (1998). *The irreversible health effects of cigarette smoking*. New York: The American Council on Science and Health.

Brown, G. & Harris, T. (1986). Stressor, vulnerability and depression: A question of replication. *Editorial Psychological Medicine*, 16, 739-744.

Brummett, B.; Babyak, M.; Mark, D.; Williams, R.; Siegler, I.; Clapp-Channing, N. & Barefoot, J. (2002). Predictors of smoking cessation in patients with a diagnosis of coronary artery disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22, 143-147.

Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Para uma psicologia cultural*. Lisboa: Edições 70.

Burke, J.; Loeber, R. & Lahey, B. (2001). Which aspect of ADHD are associated with tobacco use in early adolescence? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 493-502.

Burns, D. & Benowitz, N. (s/d). Public health implications of changes in cigarette design and marketing. NIH - National Institutes of Health. *Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. Smoking and tobacco control monograph, No. 13*. Bethesda: United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, NIH, National Cancer Institute. World Wide Web: http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/13/m13_1.pdf

Burton, S. & Tiffany, S. (1997). The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction*, 92, 15-26.

Bush, B.; Shaw, S.; Cleary, P.; Delbanco, T. & Aronson, M. (1987). Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *American Journal of Medicine*, 82, 231-235.

Buss, D. & Schmitt, D. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100, 204-232.

Bynner, J. (1969). *The young smoker: A study of smoking among schoolboys carried out for the ministry of health*. London: The Stationery Office.

Cabo, M. (1992). Farmacocinética y sistema nervioso central. M. Jodral (Editor). *Tabaquismo: Consecuencias para la salud* (pp. 27-36). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.

Camp, D.; Klesges, R. & Relyea, G. (1993). The relationship between body weight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology*, 12, 24-32.

Carey, K. & Carey, M. (1993). Changes in self-efficacy resulting from unaided attempts to quit smoking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 219-224.

Carey, K.; Purnine, D.; Maisto, S. & Carey, M. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 245-266.

Carmines, E. & Zeller, R. (1979). Reliability and validity assessment (Vol. 17). J. Sullivan (Editor). *Quantitative applications in the social sciences*. Beverly Hills: SAGE Publications.

Carroll, K. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.

Carroll, L. (1992). *Alice's adventures in wonderland*. Chicago: J. G. Ferguson Publishing Company.

Carver, C.; Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Castelli, W. (1984). Epidemiology of coronary heart disease: The Framingham Study. *The American Journal of Medicine*, February 27, 4-12.

Cavender, J.; Rogers, W.; Fisher, L.; Gersh, B.; Coggin, C. & Myers, W. (1992). Effects of smoking on survival and morbidity in patients randomized to medical or surgical therapy in the Coronary Artery Surgery Study (CASS): 10-Year follow-up. *Journal of the American College of Cardiology*, 20, 287-294.

CDCP – Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Current smokeless tobacco use among men aged 18 years and older – United States, 1992-1993*. World Wide Web: www.cdc.gov/tobacco/research_data/spit/sltmen.htm

Chabrol, H.; Niezborala, M.; Chastan, E. & Leon, J. (2005). Comparison of the Heavy Smoking Index and the Fagerström Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 30, 1474-1477.

Changeux, J. (1991). *O Homem neuronal* (2ª Edição). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Charloux, A.; Quoix, E.; Wolkove, N.; Small, D.; Pauli, G. & Kreisman, H. (1997). The increasing incidence of lung adenocarcinoma: Reality or artefact? A review of the epidemiology of lung adenocarcinoma. *International Journal of Epidemiology*, 26, 14-23.

Chassin, L.; Presson, C.; Pitts, S. & Sherman, S. (2000). The natural history of smoking from adolescence to adulthood in a mid-western community sample: Multiple trajectories and their psychosocial correlates. *Health Psychology*, 19, 223-231.

Chassin, L.; Presson, C.; Rose, J. & Sherman, S. (1996). The natural history of smoking from adolescence to adulthood: Demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology*, 15, 478-484.

Chassin, L.; Presson, C.; Sherman, S.; Corty, E. & Olshavsky, R. (1984). Predicting the onset of cigarette smoking in adolescents: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 14, 224-243.

Chassin, L.; Presson, C.; Sherman, S. & Edwards, D. (1990). The natural history of smoking: Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 9, 701-716.

Chassin, L.; Presson, C.; Sherman, S. & Kim, K. (2002). Long-term psychological sequelae of smoking cessation and relapse. *Health Psychology*, 21, 438-443.

Chassin, L.; Presson, C.; Sherman, S.; Montello, D. & McGrew, J. (1986). Changes in peer and parent influence during adolescence: Longitudinal versus cross-sectional perspectives on smoking initiation. *Developmental Psychology*, 22, 327-334.

Chen, K. & Kandel, D. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41-47.

Chen, X.; Zheng, H.; Sussman, S.; Gong, J.; Stacy, A.; Xia, J.; Gallaher, P.;Dent, C.; Azen, S.; Shan, J.; Unger, J. & Johnson, A. (2002). Use of the Fagerström Tolerance Questionnaire for measuring nicotine dependence among adolescent smokers in China: A pilot test. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 260-263.

Chen, Y.; Horne, S. & Dosman, J. (1993). The influence of smoking cessation on body weight may be temporary. *American Journal of Public Health*, 83, 1330-1332.

Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1982). *Dicionário dos símbolos. Mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números*. Lisboa: Editorial Teorema, Lda.

Chick, J. (1987). Early intervention in the general hospital. T. Stockwell & S. Clements (Editors). *Helping the problem drinker* (pp. 105-117). London: Croom Helm.

Christianson, D. (2002). *Timepieces. Masterpieces of chronometry*. Toronto: Firefly Books Limited.

Clark, L. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Cohen, G. (1989). *Memory in the real world*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Cohen, S.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Cohen, S. & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United Sates. S. Spacapan & S. Oskamp (Editors). *The social psychology of health* (pp. 31-67). Newbury Park: Sage.

Colby, L. (2003). *In defense of smokers!* Maryland. World Wide Web: http://www.lcolby.com/

Cole, S. (1999). Assessment of differential item functioning in the Perceived Stress Scale-10. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 319-320.

Comings, D.; Ferry, L.; Bradshaw-Robinson, S.; Burchette, R.; Chiu, C. & Muhleman, D. (1996). The dopamine D2 receptor (DRD2) gene: A genetic risk factor in smoking. *Pharmacogenetics*, 6, 73-79.

Condiotte, M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.

Connors, G.; Donovan, D. & DiClemente, C. (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions*. New York: The Guilford Press.

Cooper, J. & Fazio, R. (1984). A new look at dissonance theory. L. Berkowitz (Editor). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 17, pp. 229-264). Orlando: Academic Press.

Couto, A. & Ferreira, J. (2004). *Estudo funcional respiratório. Bases fisiológicas e aplicação na prática clínica* (Vol. I). Lisboa. Lidel – Edições Técnicas Lda.

Covey, L.; Glassman, A. & Stetner, F. (1990). Major depression following smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 154, 263-265.

CPRC - Cancer Prevention Research Center (2003). *Smoking: Stage of Change (short form)*. World Wide Web: http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Smoking11.htm

CPRC - Cancer Prevention Research Center (2003a). *Smoking: Processes of Change (short form)*. World Wide Web: http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Smoking01.htm

Crittenden, K.; Manfredi, C.; Warnecke, R.; Cho, Y. & Parsons, J. (1998). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics: Predictive validity. *Addictive Behaviors*, 23, 191-199.

CRSPLVT - Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo (2002). *Benzeno*. Lisboa: CRSPLVT. World Wide Web: http://www.people-pt.net/docs/benzeno.doc

Cummings, K.; Becker, M. & Maile, M. (1980). Bringing the models together: An empirical approach to combining variables used to explain health outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 123-145.

Cummings, C.; Gordon, J. & Marlatt, A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. W. Miller (Editor). *The addictive behaviors* (pp. 291-322). Oxford: Pergamon Press.

Cunningham, J.; Sobell, L.; Gavin, D.; Sobell, M. & Breslin, F. (1997). Assessing motivation for change: Preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of changing alcohol or drug use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 107-114.

Curry, S.; Marlatt, A. & Gordon, J. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 145-149.

Curry, S. & McBride, C. (1994). Relapse prevention for smoking cessation: Review and evaluation of concepts and interventions. *Annual Review of Public Health*, 15, 345-366.

Dale, L.; Schroeder, D.; Wolter, T.; Croghan, I.; Hurt, R. & Offord, K. (1998). Weight change after smoking cessation using variable doses of transdermal nicotine replacement. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 9-15.

Damásio, A. (2004). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir* (6ª Edição). Mem-Martins: Publicações Europa América.

Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Mem-Martins: Publicações Europa América.

Dautzenberg, B. (1996). *Le tabagisme*. Toulouse: Éditions Privat.

Defourny, M. & Frankignoul, M. (1973). A propos du comportment prédisposant aux coronaropahies (overt pattern A). *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 219-230.

Desrichard, O. & Denarié, V. (2005). Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking. *Addictive Behaviors*, 30, 1449-1453.

DH - Department of Health (1998). *Smoking kills: A with paper on tobacco*. London: The Stationery Office.

Ulmer, D. & Schwartzburd, L. (1998). Treatment of time pathologies. R. Allan & S. Scheidt (Editors). *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (pp. 239-362). Washington: American Psychological Association.

Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC - C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. A. Soares, S. Araújo & S. Caires (Org.). *Avaliação psicológica. Formas e contextos* (Vol. VI). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

DiClemente, C. (1991). Motivational interviewing and the stages of change. M. Miller & S. Rollnick (Editors). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 191-202). New York: The Guilford Press.

DiClemente, C. (1986). Self-efficacy and the addictive behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.

DiClemente, C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.

DiClemente, C.; Prochaska, J. Fairhurst, S.; Velicer, W.; Velasquez, M. & Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

DiClemente, C.; Prochaska, J. & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.

Dilsaver, S. (1987). Nicotine and panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1245-1246.

DGS - Direcção-Geral de Saúde (2004). *Risco de morrer em Portugal 2002* (Vols. I-II). Lisboa: DGS, Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia.

DGS - Direcção-Geral de Saúde (2003). *Plano nacional de saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010. Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS - Direcção-Geral de Saúde (2001). *Guias de educação e promoção da saúde. PAPPS - Programa de actividades de prevenção e promoção da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS - Direcção-Geral de Saúde (1997). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dodgen, C. (2005). *Nicotine dependence. Understanding and applying the most effective treatment interventions*. Washington: American Psychological Association.

Doll, R. (2000). How it really happened. Smoking and lung cancer. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162, 4-6.

Doll, R. & Hill, B. (1976). Mortality in relation to smoking: 20 years' observations of male British doctors. *British Medical Journal*, 273, 1525-1536.

Doll, R. & Hill, B. (1964). Mortality in relation to smoking: Ten years' observations of British doctors. *British Medical Journal*, 248, 1399-1410.

Doll, R. & Hill, B. (1956). Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. *British Medical Journal*, 233, 1071-1076.

Doll, R. & Hill, B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A preliminary report. *British Medical Journal*, 1, 1451-1455.

Doll, R. & Hill, B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung: A preliminary report. *British Medical Journal*, 2, 739-748.

Doll, R. & Peto, R. (1978). Cigarette smoking and bronchial carcinoma: Dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 303-313.

Doll, R.; Peto, R.; Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal Online First*, doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE (published 22 June 2004).

Doll, R.; Peto, R.; Wheatley, K.; Gray, R. & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal*, 309, 901-911.

Donovan, D. & Marlatt, G. (2005). *Assessment of addictive behaviors* (2nd Edition). New York: The Guilford Press.

Dorey, G. (2001). Is smoking cause of erectile dysfunction? A literature review. *British Journal of Nursing*, 10, 455-465.

Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

DR - Diário da Republica (2003). *Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 25/2003*. I Série-A, n.º 29, 4 de Fevereiro.

D'Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd Edition). New York: Springer Publishing Company.

Ebbert, J.; Patten, C. & Schroeder, D. (2006). The Fagerström Test for Nicotine Dependence-Smokeless Tobacco (FTND-ST). *Addictive Behaviors*, 31, 1716-1721.

Edwards, G.; Arif, A. & Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: A WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 59, 225-242.

Edwards R. (2004). ABC of smoking cessation. The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal*, 328, 217-219.

Egan, G. (1998). *The skilled helper: A problem-management approach to helping* (6th Edition). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Eisner, M.; Yelin, E.; Katz, P.; Shiboski, S.; Henke, J. & Blanc, P. (2000). Predictors of cigarette smoking and smoking cessation among adults with asthma. *American Journal of Public Health*, 90, 1307-1311.

Ellickson, P.; McGuigan, K. & Klein, D. (2001). Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *Journal of Adolescent Health*, 29, 101-108.

Ellickson, P.; Tucker, J. & Klein, D. (2001). Sex differences in predictors of adolescent smoking cessation. *Health Psychology*, 20, 186-195.

Ellis, A. (2003). Differentiating preferential from exaggerated and masturbatory beliefs in Rational Emotive Behavior Therapy. W. Dryden (Editor). *Rational emotive behavior therapy. Theoretical developments*. Hove: Brunner-Routledge.

Ellis, A. & Tafrate, R. (1999). *How to control your anger before it controls you*. London: Robert Hale.

Emmons, K.; Wechsler, H.; Dowdall, G. & Abraham, M. (1998). Predictors of smoking among US college students. *American Journal of Public Health*, 88, 104-107.

Emmons, K.; Li, F.; Whitton, J.; Mertens, A.; Hutchinson, R.; Diller, L. & Robison, L. (2002). Predictors of smoking initiation and cessation among childhood cancer survivors: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 1608-1616.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Engländer, T.; Farago, K.; Slovic, P. & Fischhoff, B. (1986). A comparative analysis of risk perception in Hungary and the United States. *Social Behavior: An International Journal of Applied Social Psychology*, 1, 55-66.

English, J.; Willius, F. & Berkson, J. (1940). Tobacco and coronary disease. *Journal of the American Medical Association*, 115, 1327-1329.

EOHS - Encyclopedia of Occupational Health and Safety (1998). *Healthy worker effect*. World Wide Web: http://www.ihc.org.uk/members/pubs/books/chem/chedhaaa.htm

Erikson, E. & Erikson, J. (1997). *The life cycle completed. Extended version*. New York: W. W. Norton & Company.

Ershoff, D.; Mullen, P. & Quinn, V. (1989). A randomized trial of a serialized self-help smoking cessation program for pregnant women in an HMO. *American Journal of Public Health*, 79, 182-187.

Escobedo, L.; Reddy, M. & DuRant, R. (1997). Relationship between cigarette smoking and health risk and problem behaviors among U.S. adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 66-71.

Etter, J. (2005). A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 259-268.

Etter, J.; Duc, T. & Perneger, T. (1999). Validity of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*, 94, 269-281.

Eysenck, H. (2000). *Smoking, health & personality*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Eysenck, H. (1980). *The causes and effects of smoking*. London: Maurice Temple Smith.

Eysenck, H. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Charles C. Thomas.

Eysenck, M. (1997). *Anxiety and cognition. A unified theory*. Hove: Psychology Press.

Eysenck, M. & Keane, M. (1999). *Cognitive psychology. A student's handbook* (3rd Edition). Hove: Psychology Press.

Fagerström, K. (2003). Time to first cigarette: The best single indicator of tobacco dependence? *Monaldi Archives of Chest Disease*, 59, 91-94.

Fagerström, K. (2002). How to manage smokers in the chest unit: A motivation tailored approach. *Monaldi Archives of Chest Disease*, 57, 93-95.

Fagerström, K. (2002a). Smoking reduction in the management of COPD. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 57, 281-284.

Fagerström, K. (1980). Physical dependence on nicotine as a determinant of success in smoking cessation. *World Smoking Health*, 5, 22-23.

Fagerström, K. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.

Fagerström, K. & Schneider, N. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182.

Fairbairn, R. (s/d). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Lisboa: Editorial Vega.

Faria, A. (1993). Mesologia da saúde – uma nova metodologia para estudos de saúde humana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11, 31-38.

Farrow, D. & Samet, J. (1991). Identification of the high-risk smoker. *Smoking Cessation*, 12, 659-668.

Ferreira, G. (1990). *Moderna saúde pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferry, L. (2005). Carbon monoxide. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa. *1º Curso de Pós-graduação em Tabagismo, sua prevenção e cessação. Dependências e salutogénese*. Lisboa (texto policopiado).

Festinger, L. (1975). *Teoria da dissonância cognitiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Filho, G.; Sato, L.; Tuleski, M.; Takata, S.; Ranzi, C.; Saruhashi, S. & Spadoni, B. (2001). Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47, 65-69.

Finucane, M.; Alhakami, A.; Slovic, P. & Johnson, S. (2000). The affect heuristic in judgments of risks and benefits. P. Slovic (Editor). *The perception of risk* (pp. 413-429). London: Earthscan Publications, Ltd.

Fiore, M. (1992). Trends in cigarette smoking in the United States. The epidemiology of tobacco use. *Medical Clinician in North America*, 76, 289-303.

Fiore, M.; Bailey, W.; Cohen, S.; Dorfman, S.; Goldstein, M.; Gritz, E.; Heyman, R.; Jaén, C.; Kottke, T.; Lando, H.; Mecklenburg, R.; Mullen, P.; Nett, L.; Robinson, L.; Stitzer, M.; Tommasello, A.; Villejo, L. & Wewers, M. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville: United States Department of Health and Human Services.

Fiore, M.; Smith, S.; Jorenby, D. & Baker, T. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1940-1947.

Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Willey & Sons, Inc.

Fisher, E. & Goldfarb, T. (1998). *American Lung Association. 7 Steps to a smoke-free life*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Flannery, R. & Bowen, M. (1986). Concordance in the Framingham and Bortner type A behavior scales: Preliminary inquiry. *Psychological Reports*, 59, 294.

Flay, B.; D'Avernas, J.; Best, J.; Kersell, M. & Ryan, K. (1983). Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. P. McGrath & P. Firestone

(Editors). *Pediatric and adolescent behavioral medicine* (pp. 132-183). New York: Springer-Verlag.

Flory, K. & Lynam, D. (2003). The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: What role does conduct disorder play? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 1-16.

Floyd, R.; Rimer, B.; Giovano, G.; Mullen, P. & Sullivan, S. (1993). A review of smoking in pregnancy: Effects on pregnancy outcomes and cessation efforts. *Annual Review of Public Health*, 14, 379-411.

Ford, S.; Malarcher, A.; Herman, W. & Aubert, R. (1994). Diabetes mellitus and cigarette smoking: Findings from the 1989 National Health Interview Survey. *Diabetes Care*, 17, 688-692.

Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica* (4ª Edição). Rio de Janeiro: Forense universitária.

Foucault, M. (1991). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Frasure-Smith, N.; Lespérance, F. & Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91, 999-1005.

Freedman, A. (1995). "Impact booster": Tobacco firm shows how ammonia spurs delivery of nicotine. *The Wall Street Journal*. World Wide Web: http://www.pulitzer.org/year/1996/ national-reporting/works/impact.html

Freud, A. (2006). *O ego e os mecanismos de defesa*. São Paulo: Artmed.

Freund, K.; Agostino, R.; Belanger, A.; Kannel, W. & Ill, J. (1992). Predictors of smoking cessation. *American Journal of Epidemiology*, 135, 957-964.

Friedman, L.; Lichtenstein, E. & Biglan, A. (1985). Smoking onset among teens: An empirical analysis of initial situation. *Addictive Behaviors*, 10, 1-13.

Friedman, M. & Rosenman, R. (1976). *O tipo A, seu comportamento e seu coração*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

FTC - Federal Trade Commission (1967). *News release. FTC to begin cigarette testing*. Washington: FTC. World Wide Web: http://www. philipmorrisinternational.com/global/downloads/SH/1967_FTC_press.pdf

Fulker, D.; Eysenck, S. & Zuckerman, M. (1980). A genetic and environmental analysis of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 14, 261-281.

Fuller, R. & Forrest, D. (1977). Cigarette smoking under relaxation and stress. *Irish Journal of Psychology*, 3, 165-180.

Fuster, V. & Pearson, T. (1996). 27th Bethesda Conference: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary heart disease events. *Journal of the American College of Cardiology*, 27, 957-1047.

Futterman, L. & Lemberg, L. (2000). The Framingham Heart Study: A pivotional legacy of the last millennium. *American Journal of Critical Care*, 9, 147-151.

García, M.; Barrueco, M.; Maderuelo, J.; Jiménez-Ruiz, C.; Martín, M. & Mezquita, M. (2002). Smoking cessation treatment in primary and specialized care, a real opportunity and a public health necessity. *Atención Primaria*, 30, 197-206.

Gately, I. (2001). *Tobacco. A cultural history of how an exotic plant seduced civilization*. New York: Grove Press.

Gawin, F. & Ellinwood, E. (1988). Cocaine and other stimulants: Actions, abuse, and treatment. *The New England Journal of Medicine*, 318, 1173-1182.

GCOMS - Grupo Científico de la Organización Mundial de Salud (1994). *Facores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigacion*. Ginebra: Organización Mundial de Salud.

Gerber, R. & Newman, I. (1989). Predicting future smoking of adolescent experimental smokers. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 191-201.

Gerrard, M.; Gibbons, F.; Lane.; D. & Stock, M. (2005). Smoking cessation: Social comparison level predicts success for adult smokers. *Health Psychology*, 24, 623-629.

Gibbons, F. & Eggleston, T. (1996). Smoker network and the "typical smoker": A prospective analysis of smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 469-477.

Gibbons, F.; Gerrard, M.; Lando, H. & McGovern, P. (1991). Social comparison and smoking cessation: The role of the "typical smoker". *Journal of Experimental Social Psychology*, 27, 239-258.

Gibbons, F.; McGovern, P. & Lando, H. (1991). Relapse and risk perception among members of a smoking cessation clinic. *Health Psychology*, 10, 42-45.

Gilbert, D. (1995). *Smoking. Individual differences, psychopathology, and emotion*. Washington: Taylor & Francis.

Gilbert, D. (1979). Paradoxical tranquilizing and emotion-reducing effects of nicotine. *Psychological Bulletin*, 86, 643-661.

Giovino, G.; Henningfield, F.; Tomar, S.; Escobedo, L. & Slade, J. (1995). Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiology Review*, 17, 48-65.

Giovino, G.; Schooley, M.; Zhu, B.; Chrismon, J.; Tomar, S.; Peddicord, J.; Merritt, R.; Housten, C. & Eriksen, M. (1994). Surveillance for selected tobacco-use behaviors – United States, 1990-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, No. SS-3.

Girela, E.; Villanueva, E.; Hernandez-Cueto, C & Luna, J. (1994). Comparison of the CAGE questionnaire versus some biochemical markers in the diagnosis of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 29, 337-343.

Glassman, A. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 546-553.

Glassman, A.; Helzer, J.; Covey, L.; Cottler, L.; Stetner, F.; Tipp, J. & Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1546-1549.

Glassman, A.; Stemer, F.; Walsh, P.; Fleiss, J.; Cooper, T. & Covey, L. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: Results of a double-blind, randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2863-2866.

Godtfredsen, N.; Prescott, E.; Osler, M. & Vestbo, J. (2001). Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of Danish moderate and heavy smokers. *Preventive Medicine*, 33, 46-52.

Godtfredsen, N.; Vestbo, J.; Osler, M. & Prescott, E. (2001). Risk of hospital admission for COPD following cessation and reduction: A Danish population study. *Thorax*, 57, 967-972.

Goff, D.; Henderson, D. & Amico, B. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1189-1194

Goldberg, D. & Huxley, P. (1996). *Perturbações mentais comuns. Um modelo bio-social*. Lisboa: Climepsi Editores.

Goldman, I. (2002). Raymond Pearl, smoking and longevity. *Genetics*, 162, 997-1001.

Gonçalves, M. (1995). *Auto-conhecimento e acesso introspectivo. Do self reificado ao self narrativo*. Braga: Serviço de Publicações, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.

Goodwin, R. & Hamilton, S. (2002). Cigarette smoking and panic: The role of neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1208-1213.

Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 245-250.

Gorski, T. & Miller, M. (1986). *Staying sober. A guide for relapse prevention*. Spring Hill: Herald House / Independence Press.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.

Graffar, M. (s/d). *Teste de Graffar*. Lisboa: Texto não publicado.

Gregory, R.; Flynn, J. & Slovic, P. (2000). Technological stigma. P. Slovic (Editor). *The perception of risk* (pp. 341-346). London: Earthscan Publications, Ltd.

Greenberg, J. & Mitchell, S. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Griffin, E. (1977). *A first look at communication theory*. New York: McGraw-Hill.

Griffin, K.; Botvin, G.; Doyle, M.; Diaz, T. & Epstein, J. (1999). A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among high-school seniors. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 271-284.

Grinberg, L. (2001). *Teoria da identificação*. Lisboa: Climepsi Editores.

Grinberg, L. & Grinberg, R. (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gritz, E.; Carr, C.; Rapkin, D.; Abemayor, E.; Chang, L.; Wong, W.; Belin, T.; Calcaterra, T.; Robbins, T.; Chonkich, G.; Beumer, J. & Ward, P. (1993). Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2, 261-270.

Groman, E. & Fagerström, K. (2003). Nicotine dependence: Development, mechanisms, individual differences and links to possible neurophysiological correlates. *The Middle European Journal of Medicine*, 115, 155-160.

Grunberg, N. (1985). Nicotine, cigarette smoking, and body weight. *British Journal of Addiction*, 80, 369-377.

Gulliver, S.; Hughes, J.; Solomon, L. & Dey, A. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction*, 90, 767-772.

Haire-Joshu, D.; Glasgow, R. & Tibbs, T. (1999). Smoking and diabetes. *Diabetes Care*, 22, 1887-1898.

Haire-Joshu, D.; Heady, S.; Thomas, L.; Schechtman, K. & Fisher, E. (1994). Beliefs about smoking and diabetes care. *Diabetes Education*, 20, 410-415.

Hall, C.; Lindzey, G. & Campbell, J. (2000). *Teorias da personalidade* (4ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora.

Hall, S.; Ginsberg, D. & Jones, R. (1986). Smoking cessation and weight gain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 342-346.

Hall, S.; McGee, R.; Tunstall, C.; Duffy, J. & Benowitz, N. (1989). Changes in food intake and activity after quitting smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 81-86.

Hall, S.; Tunstall, C.; Vila, K. & Duffy, J. (1992). Weight gain prevention and smoking cessation: Cautionary findings. *American Journal of Public Health*, 82, 799-803.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Hammond, E. (1954). Smoking in relation to lung cancer. A follow-up study. *Connecticut State Medical Journal*, 18, 3-11.

Hammond, E. & Horn, D. (1958). A study of the aetiology of carcinoma of the lung. *British Medical Journal*, 166, 1294-1308.

Hahn, G.; Charlin, V.; Sussman, S.; Dent, C.; Manzi, J. Stacy, A. Flay, B.; Hansen, W. & Burton, D. (1990). Adolescents' first and most recent use situations of smokeless tobacco and cigarettes: Similarities and differences. *Addictive Behavior*, 15, 439-448.

Harmon-Jones, E. & Mills, J. (1999). An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. E. Harmon-Jones & J. Mills (Editors). *Cognitive dissonance: Progress on a pivotal theory in social psychology* (pp. 3-21). Washington: American Psychological Association.

Hasdai, D.; Garratt, K.; Grill, D.; Mathew, V.; Lerman, A.; Gau, G. & Holmes, D. (1998). Predictors of smoking cessation after percutaneous coronary revascularization. *Mayo Clinic Proceedings*, 73, 205-209.

Hastings, G. & MacFadyen, L. (2000). Keep smiling. No one's going to die. An analysis of internal documents from the tobacco industry's main UK advertising agencies. Centre for Tobacco Control Research.

Hays, J.; Dale, L.; Hurt, R. & Croghan, I. (1998). Trends in smoking-related diseases. Why smoking cessation is still the best medicine. *Postgraduate Medicine Online*, 104, 1-13.

Hays, J.; Offord, K.; Croghan, , I.; Patten, C.; Schroder, D.; Hurt, R.; Jorenby, D. & Fiore, M. (1999). Smoking cessation rates in active recovering alcoholics treated for nicotine dependence. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 1-8.

Hayward, C.; KillenJ. & Taylor, C. (1989). Panic attacks in young adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1061-1062.

Heatherton, T.; Kozlowski, L.; Frecker, R. & Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.

Heatherton, T.; Kozlowski, L.; Frecker, R.; Rickert, W. & Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84, 791-800.

Hernán, M.; Takkouche, B.; Caamano-Isorna, F. & Gestal-Otero, J. (2002). A meta-analysis of coffee drinking, cigarette smoking, and the risk of Parkinson's disease. *Annals of Neurology*, 52, 276-284.

Herning, R.; Jones, R.; Benowitz, N. & Mines, A. (1983). How a cigarette is smoked determines nicotine blood levels. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 33, 84-90.

Hoffmann, D. (1992). *Analysis of toxic smoke constituents*. New York: American Health Foundation.

Horn, D. & Waingrow, S. (1966). Some dimensions of a model from smoking behavior change. *American Journal of Public Health*, 56, 21-26.

Howard, G.; Wagenknecht, L.; Burke, G.; Diez-Roux, A.; Evans, G.; McGovern, P.; Nieto, J. & Tell, G. (1998). Cigarette smoking and progression of Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Journal of American Medical Association*, 279, 119-124.

Hoz, E.; Poch, F.; Ferrer, J.; Caparrós, B.; Guerra, I. & Canals, M. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología*, 20, 33-46.

HPV - Hospital de Pulido Valente (s/d). *Questionário de hábitos tabágicos*. Lisboa (material policopiado).

Hu, F.; Flay, B.; Hedeker, D.; Siddiqui, O. & Day, L. (1995). The influences of friends' and parental smoking on adolescent smoking behavior: The effects of time and prior smoking. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 2018-2047.

Hughes, J.; Gust, S. & Pechacek, T. (1987). Prevalence of tobacco dependence and withdrawal. *American Journal of Psychiatry*, 144, 205-208.

Hughes, J. & Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43, 289-294.

Hughes, J.; Hatsukami, D.; Mitchell, J. & Dahlgren, L. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.

Huijbrechts, I.; Duivenvoorden, H.; Deckers, J.; Leenders, I.; Pop, G.; Passchier, J. & Erdman, R. (1996). Modification of smoking habits five months after myocardial infarction: Relationship with personality characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 369-378.

Hunt, W.; Barnett, L. & Branch, L. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.

Hurt, R. & Robertson, C. (1998). Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1173-1181.

Hyland, M. & Birrell, J. (1979). Government health warnings and the "boomerang" effect. *Psychological Reports*, 44, 643-647.

IARC - International Agency for Research on Cancer (2002). *Tobacco smoking and tobacco smoke. Summary of data reported and evaluation* (Vol. 83). World Wide Web: http://monographs.iarc.fr/htdocs/monographs/vol83/01-smoking.html

Ikard, F.; Green, D. & Horn, D. (1969). A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *International Journal of Addictions*, 4, 649-659.

Ikard, F. & Tomkins, S. (1973). The experience of affect as a determinant of smoking behavior: A series of validity studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 172-181.

Irvin, J.; Bowers, C.; Dunn, M. & Wang, M. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.

Isohanni, M.; Moilanen, I. & Rantakallio, P. (1991). Determinants of teenage smoking, with special reference to non-standard family background. *British Journal of Addiction*, 86, 391-398.

Jacob, S.; Francone, C. & Lossow, W. (1990). *Anatomia e fisiologia humana* (5ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S.A.

Jamner, M. (1999). Cigar smoking among college students: Prevalence and correlates. *Preventive Medicine*, 29, 187-194.

Janis, I. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict and commitment*. New York: Free Press.

Jarvik, M. (1991). Beneficial effects of nicotine. *British Journal of Addictions*, 86, 571-575.

Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia* (Vol. I). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

Jiménez-Ruiz, C.; Masa, F.; Miravitlles, M.; Gabriel, R.; Viejo, J.; Villasante, C.; Sobradillo, V. & The IBEROPOC Study Investigators (2001). Smoking characteristics: Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest*, 119, 1365-1370.

Johnson, J.; Cohen, P.; Pine, D.; Klein, D.; Kasen, S. & Brook, J. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2348-2351.

Johnston, D. & Shaper, A. (1983). Type A behavior in British men: Reliability and intercorrelation of two measures. *Journal of Chronic Disease*, 36, 203-207.

Jones, D. & Brandt, A. (1998). Tobacco epidemiology and the challenge of multiple etiologies. *Journal of the American Medical Association*, 279, 969.

Joseph, A. & Fu, S. (2003). Smoking cessation for patients with cardiovascular disease. What is the best approach. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 3, 339-349.

Kahn, R.; Certain, L. & Whitaker, R. (2002). A reexamination of smoking before, during, and after pregnancy. *American Journal of Public Health*, 92, 1801-1808.

Kalman, D.; Tirch, D.; Penk, W. & Denison, H. (2002). An investigation of predictors of nicotine abstinence in a smoking cessation treatment study of smokers with a past history of alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 346-349.

Kamimoto, L.; Easton, A.; Maurice, E.; Husten, C. & Macera, C. (1999). Surveillance for five health risks among older adults. United States, 1993-1997. *Surveillance Summaries*, 48(SS08), 89-130. World Wide Web: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss4808a5.htm

Kandel, D. & Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.

Kasperson, R.; Renn, O.; Slovic, P.; Brown, H.; Emel, J.; Goble, R.; Kasperson, J. & Ratick, S. (2000). The social amplification of risk: A conceptual framework. P. Slovic (Editor). *The perception of risk* (pp. 232-245). London: Earthscan Publications, Ltd.

Kassel, J.; Stroud, L. & Paronis, C. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129, 270-304.

Kendler, K.; Neale, M.; MacLean, C.; Heath, A.; Eaves, L. & Kessler, R. (1993). Smoking and major depression: A casual analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.

Killen, J.; Fortmann, S.; Kraemer, H.; Varady, A. & Newman, B. (1992).Who will relapse? Symptoms of nicotine dependence predict long-term relapse after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 797-801.

King, M. (1986). At risk drinking among general practice attenders: Validation of the CAGE questionnaire. *Psychological Medicine*, 16, 213-217.

Klesges, R.; Meyers, A.; Klesges, L. & LaVasque, M. (1989). Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior: A comprehensive review of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 204-230.

Knott, V. & Lugt, D. (1991). Subjective and brain-evoked responses to electrical pain stimulation: Effects of cigarette smoking and warning condition. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 39, 889-893.

Knuiman, M. & Vu, H. (1997). Prediction of coronary heart disease mortality in Busselton, Western Australia: An evaluation of the Framingham, national health epidemiologic follow up study, and WHO ERICA risk scores. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 515-519.

Kobasa, S. & Maddi, S. (1977). Existential personality theory. R. Corsini (Editor). *Current personality theories* (pp. 242-276). Itasca: Peacock.

Kohler, C. & Bailey, W. (2002). Tobacco dependence: A chronic disease. *Chest*, 121, 686-687.

Kozlowski, L.; Goldberg, M.; Yost, B.; White, E.; Sweeney, C. & Pillitteri, J. (1998). Smoker's misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 9-16.

Kozlowski, L.; Henningfield, J. & Brigham, J. (2001). *Cigarettes, nicotine, and health. A biobehavioral approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Kozlowski, L.; Mehta, N. & Sweeney, C. (1997, Nov. 7). Filter ventilation levels in selected U.S. cigarettes, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46(44), 1043-1047. World Wide Web: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00049790.htm

Kramer, M. (1988). *Clinical epidemiology and biostatistics: A primer for clinical investigation and decision makers*. Berlin: Springer-Verlag.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Kuhn, T. (1994). *A estrutura das revoluções científicas* (3ª Edição). São Paulo: Editora Perspectiva.

Lambert, M.; Hatch, D.; Kingston, M. & Edwards, B. (1986). Zung, Beck, and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: A meta-analitic comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 54-59.

Lambert, M.; Masters, K. & Astle, D. (1988). An effect-size comparison of the Beck, Zung, and Hamilton rating scales for depression: A three-week and twelve-week analysis. *Psychological Reports*, 63, 467-470.

Lando, H.; Pechacek, T. & Fruetel, J. (1994). The Minnesota Heart Health Program Community Quit & Win contests. *American Journal of Health Promotion*, 9, 85-87.

Lane, M. & Lee, S. (1988). Recurrence of duodenal ulcer after medical treatment. *Lancet*, 1, 1147-1149.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (1990). *Vocabulário da psicanálise* (7ª Edição). Lisboa: Editorial Presença.

Larimer, M.; Palmer, R. & Marlatt, A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23, 151-160.

Lasser, K.; Boyd, J.; Woolhandler, S.; Himmelstein, D.; McCormick, D. (2000). Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2606-2610.

Last, J. (1995). *Um dicionário de epidemiologia*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Launer, L.; Feskens, E.; Kalmjin, S. & Kromhout, D. (1996). Smoking, drinking and thinking. The Zutphen Elderly Study. *American Journal of Epidemiology*, 143, 219-227.

Lawrie, Hutchison, J.; Sweeney, S.; Fernando, M.; McAdam, C.; Monsour, M.; Campbell, M. & MacLeod, C. (1995). Psychosis and substance abuse: Cause, effect or coincidence? *Scottish Medical Journal*, 40, 174-176.

Lawson, E. (1994). The role of smoking in the lives of low-income pregnant adolescents: A field study. *Adolescence*, 29, 61-79.

Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotions in families. Its significance for mental illness*. New York: The Guilford Press.

Lehman, M.; Holohan, N. & Kettl, P. (1999). Use of the CAGE questionnaire in older adults with schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 269.

Leigh, D.; Pare, C. & Marks, J. (1981). *Enciclopédia concisa de psiquiatria*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, Lda.

Leventhal, H. & Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. P. Karoly (Editor). *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517-554). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Levin, E.; Rose, J.; Behm, F. & Caskey, N. (1991). The effects of smoking-related sensory cues on psychological stress. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 39, 265-268.

Leyens, J. (1988). *Psicologia social*. Lisboa: Edições 70.

Li, M.; Cheng, R.; Ma, J. & Swan, G. (2003). A meta-analysis of estimated genetic and environmental effects on smoking behavior in male and female adult twins. *Addiction*, 98, 23-31.

Lichtenstein, E. & Glasgow, R. (1992). Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.

Lichtenstein, E. & Mermelstein, R. (1986). Some methodological cautions in the use of the Tolerance Questionnaire. *Addictive Behavior*, 11, 439-442.

Lillington, G.; Leonard, C. & Sachs, D. (2000). Smoking cessation. Techniques and benefits. *Clinics in Chest Medicine*, 21, 199-208.

Lindström, M.; Isacsson, S. & Malmö Shoulder-Neck Study Group (2002). Smoking cessation among daily smokers, aged 45-69 years: A longitudinal study in Malmö, Sweden. *Addiction*, 97, 205-215.

Liskow, B.; Campbell, J.; Nickel, E. & Powell, B. (1995). Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 277-281.

Lombardo, T.; Hughes, J. & Fross, J. (1988). Failure to support the validity of the Fagerström Test for Nicotine Dependence as a measure of physiological tolerance to nicotine. *Addictive Behaviors*, 13, 87-90.

Lopez, A.; Collishaw, N. & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.

López, M.; Álvaro, A.; Santos, E.; Sánchez, A. & Colombia, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ludman, E.; Nelson, J.; Grothaus, L.; McBride, C.; Curry, S.; Lando, H. & Pirie, P. (2000). Stress, depressive symptoms, and smoking cessation among pregnant women. *Health Psychology*, 19, 21-27.

Lundberg, U. (1998). Work and stress in women. K. Orth-Gomér, M. Chesney & N. Wenger (Editors). *Women, stress, and heart disease* (pp. 41-56). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Lyotard, J. (1997). *O inumano. Considerações sobre o tempo* (2ª Edição). Lisboa: Editorial Estampa.

Machado, J. (1990). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (Vol. III). Lisboa: Livros Horizonte.

Madden, T.; Ellen, P. & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavioral and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 3-9.

Mahoney, M. (1998). *Processos humanos de mudança. As bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Mahood, G. (1995). Canadian tobacco warning system. *Tobacco Control*, 4, 10-14.

Mann, L. (1972). Use of a "balance-sheet" procedure to improve the quality of personal decision making: A field experiment with college applicants. *Journal of Vocational Behavior*, 2, 291-300.

Manso, J. (1999). Factores explicativos do consumo de tabaco num distrito do interior de Portugal. *Revista de Estatística*, 3, 59-78.

Marlatt, G. Curry, S. & Gordon, J. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 715-720.

Marlatt, G. & George, W. (1998). Relapse prevention and maintenance of optimal health. S. Shumaker, E. Schron, J. Ockene & W. McBee (Editors). *The handbook of health behavior change* (2nd Edition). New York: Springer Publishing Company.

Marlatt, G. & Donovan, D. (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

Martins, A.; Coelho, R.; Ramos, E. & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portugueses: Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 123-132.

Martyn, C. & Gale, C. (2005). Tobacco, coffee, and Parkinson's disease. Caffeine and nicotine may improve the health of dopaminergic systems. *British Medical Journal*, 326, 561-562.

Matheny, K. & Weatherman, K. (1998). Predictors of smoking cessation and maintenance. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 223-235.

Maturana, H. & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge. The biological roots of human understanding*. London: Shambhala Publications.

Maturana, H. & Varela, F. (1980). *Autopoiesis and cognition. The realization of the living*. London: D. Reidel Publishing Company.

Matos, A. (2002). *Adolescência: O triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mayfield, D.; McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.

McBride, P. (1992). The health consequences of smoking. Cardiovascular diseases. *The Medical Clinics of North America*, 76, 333-353.

McConnaughy, E.; DiClemente, C.; Prochaska, J. & Velicer, W. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.

McConnaughy, E.; Prochaska, J. & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.

McCrae, R.; Costa, P. & Bossé, R. (1978). Anxiety, extraversion and smoking. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 269-273.

McIntyre, T. & Araújo-Soares, V. (1999). Inventário da Depressão de Beck: Estudo de validade numa amostra de doentes com dor crónica. . A. Soares, S. Araújo & S. Caires (Org.). *Avaliação psicológica. Formas e contextos* (Vol. VI). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

McIvor; A.; Lowry, J.; Bourbeau, J. & Borycki, E. (2002). Assessment of COPD. J. Bourbeau, D. Nault & E. Borycki (Editors). *Comprehensive management of chronic obstructive pulmonary disease* (pp. 19-31). London: BC Decker Inc.

McKenna, F.; Warburton, D. & Winwood, M. (1993). Exploring the limits of optimism: The case of smokers' decision making. *British Journal of Psychology*, 84, 389-394.

McLeod, J. & Kessler, R. (1990). Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 162-172.

MCNDC – Mayo Clinic Nicotine Dependence Center (2000). *Stopping tobacco use: A patient manual*. Rochester: Mayo Press.

MCNDC – Mayo Clinic Nicotine Dependence Center (s/d). *Patient questionnaire*. Rochester (material policopiado).

McNeil, A. (1991). The development of dependence on smoking in children. *British Journal of Addiction*, 86, 589-592.

Meland, E.; Maeland, J. & Laerum, E. (1999). The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1, 11, 17.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

Meyers, A.; Klesges, R.; Winders, S.; Ward, K.; Peterson, B. & Eck, L. (1997). Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 448-452.

Miller, W. & Rollnick, W. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change* (2nd Edition). New York: The Guilford Press.

Miller, W. & Rollnick, W. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.

Miller, W. & Tonigan, J. (1996). Assessing drinkers' motivation for change. The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

MI - Ministerio del Interior (2001). *Observatorio Español sobre drogas. Informe n.º 4. Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. World Wide Web: http://www.mir.es/pnd

MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report (1999). *State-specific prevalence of current cigarette and cigar smoking among adults - United States, 1998*. Atlanta: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

Moller, A.; Pedersen, T.; Villebro, N. & Norgaard, P. (2003). Impact of lifestyle on perioperative smoking cessation and postoperative complication rate. *Preventive Medicine*, 36, 704-709.

Monti, P.; Rohsenow, D.; Rubonis, A.; Niaura, R.; Sirota, A.; Colby, S.; Goddard, P. & Abrams, D. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1011-1019.

Moore, A.; Seeman, T.; Morgenstem, H.; Beck, J. & Reuben, D. (2002). Are there differences between older persons who screen positive on the CAGE Questionnaire and the Short Michgan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 858-862.

Morera, O.; Johnson, T.; Freeeles, S.; Parsons, J.; Crittenden, K. Flay, B. & Warnecke, R. (1998). The measure of stage of readiness to change: Some psychometric considerations. *Psychological Assessment*, 10, 182-186.

Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Publicações Instituto Piaget.

Morin, E. (1988). *O paradigma perdido: A natureza humana* (4ª Edição). Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.

Moscovici, S. & Doise, W. (1991). *Dissensões e consenso. Uma teoria geral das decisões colectivas*. Lisboa: Livros Horizonte.

NCCDPHP – National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2005). *History of the 1964 Surgeon General's Report on smoking and health*. World Wide Web: http://www.cdc.gov/tobacco/30yrsgen.htm

Newcomb, M. & Bentler, P. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*, 44, 242-248.

Niaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, 95(Suppl 2), S155-164.

Niaura, R.; Abrams, D.; Shadel, W.; Rohsenow, D.; Monti, P. & Sirota, A. (1999). Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: A controlled clinical trial. *Addiction*, 94, 685-695.

Nichter, M.; Nichter, N.; Lloyd-Richardson, E.; Flaherty, B.; Carkoglu, A. & Taylor, N. (2006). Gendered dimensions of smoking among college students. *Journal of Adolescent Research*, 21, 215-243.

Nicholson, N.; Fenton-O'Creevy, M.; Soane, E. & Willman, P. (s/d). *Risk propensity and personality*. London: London Business School.

Nieburg, P.; Marks, J.; McLaren, N. & Remington, P. (1985). The fetal tobacco syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 253, 2998-2999.

NIH - National Institutes of Health (1998). *Cigars: Health effects and trends. Smoking and tobacco control monograph, No. 9*. Bethesda: United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, NIH.

NIH - National Institute of Health (1996). *The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of U.S. Cigarettes. Report of the NCI expert Committee. Smoking and tobacco control monograph, No. 7*. Bethesda: United States Department of Health and Human Services, Public Health Services, NIH.

Nichter, M.; Nichter, M.; Lloyd-Richardson, E.; Flaherty, B.; Carkoglu, A. & Taylor, N. (2006). Gendered dimensions of smoking among college students. *Journal of Adolescent Research*, 21, 215-243.

Nofziger, S. & Lee, H. (2006). Differential associations and daily smoking of adolescents. The importance of same-sex models. *Youth & Society*, 37, 453-478.

Nonnemaker, J. & Homsi, G. (2007). Measurement properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence adapted for use in an adolescent sample. *Addictive Behavior*, 32, 181-186.

Norregaard, J.; Tonnesen, P. & Petersen, L. (1993). Predictors and reasons for relapse in smoking cessation with nicotine and placebo patches. *Preventive Medicine*, 22, 261-271.

Novak, S. & Clayton, R. (2001). The influence of school environmental and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking: A multilevel analysis. *Health Psychology*, 20, 196-207.

NRTC - National Respiratory Training Centre (2004). *Smoking cessation module*. Warwick: NRTC.

Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3rd Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.

O'Connor, E.; Carbonari, J. & DiClemente, C. (1996). Gender and smoking cessation. A factor structure comparison of processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 130-138.

O'Connor, K. (1982). Individual differences in the effect of smoking on frontal-central distribution of the CNV: Some observations on smokers' control of attentional behavior. *Personality and Individual Differences*, 3, 169-174.

Ockene, J.; Emmons, K.; Mermelstein, R.; Perkins, K.; Bonollo, D.; Voorhees, K. & Hollis, J. (2000). Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology*, 19, 17-31.

O'Hare, T. & Tran, T. (1997). Predicting problem drinking in college students: Gender differences and the CAGE questionnaire. *Addictive Behaviors*, 22, 13-21.

Olievenstein, C. (1990). A dependência: Um fenómeno psíquico activo. C. Olievenstein (Coordenador). *A clínica do toxicómano: A falta da falta* (pp. 13-22). Porto Alegre. Artes Médicas.

ONS - Office for National Statistics (2002). *Mortality statistics 2002*. ONS, General Register Office for Scotland, Registrar General Northern Ireland, Statistics & Research Agency.

Orlando, M.; Tucker, J.; Ellickson, P. & Klein, D. (2004). Developmental trajectories of cigarette smoking and their correlates from early adolescence to young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 400-410.

Pádua, F.; Machado, I.; Clara, J.; Lisboa, P.; Queiroz, M.; Mendes, A.; Pádua, J.; Mural, L.; Colaço, M. & Assis, N. (1999). *Promoção da saúde e prevenção das doenças não transmissíveis. CINDI–Portugal. 3º Quinquénio? (1998-2002?)*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

Page, S. & Bennesch, S. (1993). Gender and reporting differences in measures of depression. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 579.

Parrott, A. (2000). Cigarette smoking does cause stress. *American Psychologist*, October, 1159-1160.

Parrott, A. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, 54, 817-820.

Parrott, A. (1995). Smoking cessation leads to reduced stress, but why? *International Journal of the Addictions*, 30, 1509-1516.

Patel, B.; Luben, R.; Welch, A.; Bingham, S.; Khaw, K.-T.; Day, N.; Lomas, D. & Wareham, N. (2004). Childhood smoking is an independent risk factor for obstructive airways in women. *Thorax*, 59, 682-686.

Patrick, D.; Cheadle, A.; Thompson, D.; Diehr, P.; Koepsell, T. & Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: A review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 84, 1086-1093.

Patten, C.; Martin, J.; Calfas, K.; Lento, J. & Wolter, T. (2001). Behavioral treatment for smokers with history of alcoholism: predictors of successful outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 796-801.

Patton, G.; Hibbert, M.; Rosier, M.; Carlin, J.; Caust, J. & Bowes, G. (1996). Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*, 86, 225-230.

Pauly, J.; Ullman, E. & Collins, A. (1988). Adrenocortical hormone regulation of nicotine sensitivity in mice. *Physiology and Behavior*, 44, 109-116.

Payne, T.; Smith, P.; McCracken, L.; McSherry, W. & Antony, M. (1994). Assessing nicotine dependence: A comparison of the Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. *Addictive Behaviors*, 19, 307-317.

Pearl, R. (1938). Tobacco smoking and longevity. *Science*, 87, 216-217.

Perkins, K. (1993). Weight gain following smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 768-777.

Perkins, K. (2001). Subjective responses to nicotine in smokers may be associated with responses to caffeine and to alcohol. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 1064-1297.

Perkins, K.; Epstein, L. & Pastor, S. (1990). Changes in energy balance following smoking cessation and resumption of smoking in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 121-125.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Peto, R.; Darby, S.; Deo, H.; Silcoks, P.; Whitley, E. & Doll, R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: Combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal*, 321, 323-329.

Piasecki, T.; Fiore, M.; McCarthy, D. & Baker, T. (2002). Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. *Addiction*, 97, 1093-1108.

Pimentel, A. (1995). *Prevenção do tabagismo. Medidas legislativas*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.

Pinto, R.; Abrams, B.; Monti, P. & Jacobus, S. (1987). Nicotine dependence and likelihood of quitting smoking. *Addictive Behavior*, 12, 371-374.

Pitts, M. (1996). *The psychology of preventive health*. London: Routledge.

Plumb, M. & Holland, J. (1977). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. I: Self-reported depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 39, 264-279.

PMI - Philip Morris International (2005). *Ingredientes nos cigarros*. Philip Morris International. World Wide Web: http://www.philipmorrisinternational.com/pages/por_PT/smoking/Cig_ingredients.asp

PMP - Philip Morris Portuguesa (2003). *Informação sobre os ingredientes utilizados nos produtos da Philip Morris em Portugal*. Philip Morris International Management, S.A.

Pokorny, A.; Miller, B. & Kaplan, H. (1972). The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129, 342-345.

Polivy, J. & Herman, C. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57(9), 677-689.

Pomerleau, C.; Carton, S.; Lutzke, M.; Flessland, K. & Pomerleau, O. (1994). Reliability of the Fagerström Tolerance Questionnaire and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, 19, 33-39.

Pomerleau, O.; Adkins, D. & Pertschuk, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 65-70.

Pomerleau, O.; Collins, A.; Shiffman, S. & Pomerleau, C. (1993). Why some people smoke and others do not: New perspectives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 723-731.

Pomerleau, O.; Turk, D. & Fertig, J. (1984). The effects of cigarette smoking on pain and anxiety. *Addictive Behaviors*, 9, 265-271.

Pontieri, F.; Tanda, G.; Orzi, F. & Di Chiara, G. (1996). Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature*, 382, 255-257.

Postel, J. (1998). *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris: Larousse-Bordas.

Price, K. (1979). Reliability of assessment of coronary-prone behavior with special reference to the Bortner rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 45-47.

Prochaska, J. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood: Dorsey Press.

Prochaska, J. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research, and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J.; DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Prochaska, J.; DiClemente, C.; Velicer, W.; Ginpil, S. & Norcross, J. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395-406.

Prochaska, J.; Johnson, S. & Lee, P. (1998). The transtheoretical model of behavior change. S. Shumaker, E. Schron, J. Ockene & W. McBee (Editors). *The handbook of health behavior change* (pp. 59-83). New York: Springer Publishing Company.

Prochaska, J.; Velicer, W.; DiClemente, C. & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Prochaska, J.; Velicer, W.; Rossi, J.; Goldstein, M.; Marcus, B.; Rakowski, W.; Fiore, C.; Harlow, L.; Redding, C.; Rosenbloom, D. & Rossi, S. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.

PSFC – Physicians for a smoke-free Canada (s/d). *The engineering of Canadian cigarettes*. Ottawa. World Wide Web: http://www.smoke-free.ca/pdf_1/Background-design.pdf

Pyke, S. & Toukmanian, S. (1989). A fuzzy generalization. *Canadian Psychology*, 30, 63-64.

Quist-Paulsen, P. & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *British Medical Journal*, 327, 1254-1258.

Radzius, A.; Gallo, J.; Epstein, D.; Gorelick, D.; Cadet, J.; Uhl, G. & Moolchan, E. (2003). A factor analysis of the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). *Nicotine and Tobacco Research*, 5, 141-144.

Rae, G. (1975). Extraversion, neuroticism, and cigarette smoking. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 429-430.

Ramón, L. (2000). *El arte de fumar. Tabacología universal*. San Sebastián: Roger Editor.

Ramsay, J. & Hoffmann, A. (2004). Smoking cessation and relapse prevention among undergraduate students: A pilot demonstration project. *Journal of American College Health*, 53, 11-18.

Remião, F. (2005). *Nitrosaminas. Fontes de exposição*. Porto: Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. World Wide Web: http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0304/Nitrosaminas/fontes_de_exposição.htm

Ribeiro, J.; Couto-Soares, M.; Lima, P. & Ribeiro, A. (1996). Resultados da aplicação do Inventário de Ansiedade Estado-Traço a doentes cardíacos com indicação para cirurgia. L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Org.). *Avaliação psicológica. Formas e contextos* (Vol. IV). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Richardson, C. & Ratner, P. (2005). A confirmatory factor analysis of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, 30, 697-709.

Rigotti, N.; McKool, K. & Shiffman, S. (1994). Predictors of smoking cessation after coronary artery bypass graft surgery: Results of a randomized trial with 5-year follow-up. *Annals of Internal Medicine*, 120, 287-293.

Rimm, E.; Manson, J. & Stampfer, M. (1993). Cigarette smoking and the risk of diabetes in women. *American Journal of Public Health*, 83, 211-214.

R. J. Reynolds Tobacco Company; Brown & Williamson Tobacco Corporation & Lorillard Tobacco Company (1997). On the proposal entitled FTC cigarette testing methodology. FTC file No. P944509. World Wide Web: http://www.philipmorrisinternational.com/global/downloads/SH/1998_T_ind_comment.pdf

Rodrigues, A. (1988). *Psicologia social*. Petrópolis: Editora Vozes.

Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovation* (4th Edition). New York: The Free Press.

Rogers, P. & Baldwin, S. (1999). *Controlled or reduced smoking. An annotated bibliography*. Westport: Greenwood Press.

Romer, D. & Jamieson, P. (2001). Advertising, smoker imagery, and the diffusion of smoking behavior. P. Solvic (Editor). *Smoking: Risk, perception, and policy* (pp. 127-155). Thousand Oaks: Sage Publications.

Romer, D. & Jamieson, P. (2001a). The role of perceived risk in starting and stopping smoking. P. Solvic (Editor). *Smoking: Risk, perception, and policy* (pp. 64-80). Thousand Oaks: Sage Publications.

Rose, J. & Behm, F. (1987). Refined cigarette smoke as a means to reduce nicotine intake. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 28, 305-310.

Rose, J.; Chassin, L.; Presson, C. & Sherman, S. (1996). Demographic factors in adult smoking status: Mediating and moderating influences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 28-37.

Rose, J.; Chassin, L.; Presson, C. & Sherman, S. (1996a). Prospective predictors of quit attempts and smoking cessation in young adults. *Health Psychology*, 15, 261-268.

Rosenman, R. (1978). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. T. Dembroski, S. Weiss, J. Shields, S. Haynes & M. Feinleib (Editors). *Coronary-prone behavior*. New York: Springer Verlag.

Rosenman, R.; Brand, R.; Jenkins, C.; Friedman, M.; Straus, R. & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8½ years. *Journal of the American Medical Association*, 233, 872-877.

Rosenman, R.; Friedman, M.; Straus, R.; Wurm, M.; Kositchek, R.; Hahn, N. & Werthesson, N. (1964). A predictive study of coronary heart disease: the Western Collaborative Group Study. *Journal of the American Medical Association*, 189, 15-22.

Rothman, A. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19, 64-69.

Routh, W. (1977). *Ammonia treatment of tobacco*. Lorillard Research Center Greensboro. World Wide Web: http://images.tobaccodocuments.org/snapshot_lor/w750r0/00044858.png?url=http%3

Ruggiero, L.; Rossi, J.; Prochaska, J.; Glasgow, R.; Groot, M.; Dryfoos, J.; Reed, G.; Orleans, C.; Prokhorov, A. & Kelly, K. (1999). Smoking and diabetes: Readiness for change and provider advice. *Addictive Behaviors*, 24, 573-578.

Russell, M.; Raw, M. & Jarvis, M. (1980). Clinical use of nicotine chewing gum. *British Medical Journal*, 1559-1602.

Sachs, D. (1884). Treatment of cigarette dependency: What American pulmonary physicians do. *American Review of Respiratory Disease*, 129, 1010-1013.

Sandyk, R. (1993). Cigarette smoking: Effects on cognitive functions and drug-induced parkinsonism in chronic schizophrenia. *International Journal of Neuroscience*, 70, 193-197.

Santos, C. (2005). *Vamos à lição*. Epicur – Edição do Cachimbo Clube de Portugal. World Wide Web: http://www.cachimboclube.pt/epicur/32/ licao.htm

Santos, S. & Silva, D. (1997). Adaptação do *State-Trait Anxiety Inventory - Form Y* para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.

Saremi, A.; Hanson, R.; Williams, D.; Roumain, J.; Robin, R.; Long, J.; Goldman, D. & Knowler, W. (2001). Validity of the CAGE questionnaire in an American Indian population. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 294-300.

Schachter, S.; Silverstein, B.; Kozlowski, L.; Perlick, D.; Herman, C. & Liebling, B. (1977). Studies of the interaction of psychological and pharmacological

determinants of smoking. *Journal of Experimental Psychology: General*, 106, 3-40.

Schleifer, S.; Macari-Hinson, M.; Coyle, D. & Slater, W.; Kahn, M.; Gorlin, R. & Zucker, H. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.

Schuman, M.; Gitlin, M. & Fairbanks, L. (1987). Sweets, chocolate, and atypical depressive traits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 491-495.

Schwartz, J. (1991). Methods for smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine*, 12, 737-753.

Schwarzer, R. & Lepin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 3, 1-15.

Seidman, D. & Covey, L. (1999). *Helping the hard-core smoker. A clinician's guide*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Shafey, O.; Dolwick, S. & Guindon, G. (2003). *Tobacco control country profiles 2003*. Atlanta: American Cancer Society.

Shammas, C. (1990). *The pre-industrial consumer in England and America*. New York: Oxford University Press.

Shaper, A.; Pocock, S.; Ashby, D.; Walker, M. & Whitehead, T. (1985). Biochemical and haematological response to alcohol intake. *Annals of Clinical Biochemistry*, 22, 50-61.

Shaw, M.; Mitchell, R. & Dorling, D. (2000). Time for a smoke? One cigarette reduces your life by 11 minutes. *British Medical Journal*, 320, 53.

Sherman, C. (1991). Health effects of cigarette smoking. *Clinics in Chest Medicine*, 12, 643-658.

Shiffman, S. (1986). A cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors*, 11, 295-307.

Shiffman, S. (1985). Coping with temptations to smoke. S. Shiffman & T. Wills (Editors). *Coping and substance use* (pp. 223-242). Orlando: Academic Press, Inc.

Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86.

Shiffman, S.; Hickcox, M.; Paty, J.; Gnys, M.; Kassel, J. & Richards, T. (1996). Progression from a smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence

violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 993-1002.

Shopland, D. (2001). Historical perspective. The low tar lie. *Tobacco Control*, 10(Suppl. I), i1-i3.

Siegfried, N.; Parry, C.; Morojele, N. & Wason, D. (2001). Profile of drinking behaviour and comparison of self-report with the CAGE questionnaire and carbohydrate-deficient transferrin in a rural Lesotho community. *Alcohol & Alcoholism*, 36, 243-248.

Silva, D. & Campos, R. (1999). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.

Silva, D. & Correia, S. (s/d). *Questionário de auto-avaliação de Charles Spielberger – STAI, forma Y*. Lisboa: Versão portuguesa preparada pelos autores.

Silverstein, B.; Kelly, E.; Swan, J. & Kozlowski, L. (1982). Physiological predisposition towards becoming a cigarette smoker: Experimental evidence for a sex difference. *Addictive Behaviors*, 7, 83-86.

Silvis, G. & Perry, C. (1987). Understanding and deterring tobacco use among adolescents. *Pediatrics Clinics of North America*, 34, 363-379.

Simon, D.; Snow, C. & Read, S. (2004). The redux of cognitive consistency theories: Evidence judgments by constraint satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 814-837.

Simon, J.; Browner, W.; Mangano, D. (1992). Predictors of smoking relapse after noncardiac surgery. *American Journal of Public Health*, 82, 1235-1237.

Simons-Morton, B. (2002). Prospective analysis of peer and parent influences on smoking initiation among early adolescents. *Prevention Science*, 3, 275-283.

Slovic, P. (2001). *Smoking: Risk, perception, and society*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. London: Earthscan Publications, Ltd.

Slovic, P. (2000a). Trust, emotion, sex, politics and science: Surveying the risk-assessment battlefield. P. Slovic (Editor). *The perception of risk* (pp. 232-245). London: Earthscan Publications, Ltd.

Slovic, P. (2000b). Do adolescent smokers know the risks? P. Slovic (Editor). *The perception of risk* (pp. 364-371). London: Earthscan Publications, Ltd.

SNP - Sindicato Nacional dos Psicólogos (1978). *Código deontológico dos psicólogos*. World Wide Web: http://www.snp.pt/osindicato/documentos_files/030217codeont1978.htm

Soares, I. & Carneiro, A. (2002). *Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde.

Soldz, S. & Cui, X. (2001). A risk factor index predicting adolescent cigarette smoking: A 7-year longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 33-41.

Soldz, S.; Huyser, D. & Dorsey, E. (2003). Youth preferences for cigar brands: Rates of use and characteristics of users. *Tobacco Control*, 12, 155-160.

Spielberger, C. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory (form Y)*. Palo Alto: Mind Garden.

Spielberger, C. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.; Ritterband, L.; Sydeman, S.; Reheiser, E. & Unger, K. (1995). Assessment of emotional states and personality traits: measuring psychological vital signs. J. Butcher (Editor). *Clinical personality assessment: practical approaches* (pp. 42-58). New York: Oxford University Press.

Spielberger, C.; Sydeman, S.; Owen, A. & Marsh, B. (1999). Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (993-1021). M. Maruish (Editor). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd Edition). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Spring, B.; Pagoto, S.; Pingitore, R.; Doran, N.; Schneider, K. & Hedeker, D. (2004). Randomized controlled trial for behavioral smoking and weight control treatment: Effect of concurrent versus sequential intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 785-796.

Spring, B.; Wurtman, J.; Gleason, R.; Wurtman, R. & Kessler, K. (1991). Weight gain and withdrawal symptoms after smoking cessation: A preventive intervention using d-fenfluramine. *Health Psychology*, 10, 216-223.

SSH - Secretary of State for Health (1998). *Smoking kills. A white paper on tobacco*. London: The Stationery Office.

Stapleton, J.; Russell, M.; Feyerabend, C.; Wiseman, S.; Gustavsson, G.; Sawe, U. & Wiseman, D. (1995). Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction*, 90, 31-42.

Steele, C.; Spencer, S. & Lynch, M. (1993). Self-image resilience and dissonance: The role of affirmational resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 885-896.

Steer, R.; Kumar, G.; Ranieri, W. & Beck, A. (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 127-137.

Stewart, W. & Rith, P. (2001). Risk propensity differences between entrepreneurs and managers: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 86-145-153.

Stice, E. & Shaw, H. (2003). Prospective relations of body image, eating, and affective disturbances to smoking onset in adolescent girls: How Virginia slims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 129-135.

Stone, S. & Costa, P. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality? The role of neuroticism in coronary heart disease. H. Friedman (Editor). *Personality and disease* (pp. 178-200). New York: Wiley.

Stoppard, J. (1989). An evaluation of cognitive/behavioural theories for understanding depression in women. *Canadian Psychology*, 30, 39-59.

Strahan, E.; White, K.; Fong, G.; Fabrigar, L.; Zanna, M. & Cameron, R. (2002. Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: A social psychological perspective. *Tobacco Control*, 11, 183-190.

Sullivan, P. & Kendler, K. (1999). The genetic epidemiology of smoking. *Nicotine and Tobacco Research*, 1(Suppl), 51-57.

Swan, G. & Carmelli, D. (1995). Characteristics associated with excessive weight gain after smoking cessation in men. *American Journal of Public Health*, 85, 73-77.

Swan, G., Creeser, R. & Murray, M. (1990). When and why children first start to smoke. *International Journal of Epidemiology*, 19, 323-330.

Tanaka-Matsumi, J. & Huba, G. (1984). Confirmatory hierarchical factor analysis of psychological distress measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 621-635.

Tanaka-Matsumi, J. & Kameoka, V. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 328-333.

Targher, G.; Alberiche, M.; Zenere, M.; Bonadonna, R.; Muggeo, M. & Bonora, E. (1997). Cigarette smoking and insulin resistance in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82, 3619-3624.

Tengs, T. & Osgood, N. (2001). The link between smoking and impotence: Two decades of evidence. *Preventive Medicine*, 32, 447-452.

Thines, G. & Lempereur, A. (1984). *Dicionário geral das ciências humanas*. Lisboa: Edições 70.

Thom, T.; Kannel, W.; Silbershatz, H. & D'Agostino, R. (1998). Incidence, prevalence, and mortality of cardiovascular diseases in the United States. R. Alexander, R. Schlant & V. Fuster (Editors). *Hurst's: The heart* (Vol. I, pp. 3-17). New York: McGraw-Hill.

Thun, M. (2005). Public health classics. When truth is unwelcome: The first reports on smoking and lung cancer. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 144-145.

Tiffany, S. & Drobes, D. (1990). Imagery and smoking urges: The manipulation of affective content. *Addictive Behaviors*, 15, 531-539.

Tomkins, S. (1966). Psychological model for smoking behavior. *American Journal of Public Health & the Nation's Health*, 56(suppl.), 17-20.

TRCPL – The Royal College of Physicians of London (2000). *Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group oh The Royal College of Physicians*. London: TRCPL.

TRCPL - The Royal College of Physicians of London (1962). *Summary of a Report of The Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases*. London: Pitman Medical Publishing Co. Ltd.

Tricker, A. (2003). Nicotine metabolism, human drug metabolism polymorphisms, and smoking behaviour. *Toxicology*, 183, 151-173.

Trigo, M. (2006). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: Os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 299-328.

Trigo, M. (2005). O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 161-182.

Trigo, M. (2002). Psicocardiologia como área multidisciplinar: Do dualismo filosófico à emergência da ciência biopsicossocial. *Psychologica*, 29, 71-87.

Trigo, M. (2000). Modelos em saúde: Perspectiva crítica sobre as origens e a história. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, XVIII, 5-22.

Trigo, M.; Rocha, E. & Coelho, R. (2000). Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias: Revisão crítica da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 149-199.

Trigo, M. (1999). Factores de risco na doença das artérias coronárias: O papel das emoções negativas. Tese de Mestrado em Saúde Mental apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.

Trigo, M. & Canudo, N. (no prelo). Prevalência de hábitos tabágicos numa amostra de doentes psiquiátricos portugueses.

Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (no prelo). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale-10 na população portuguesa.

Trigo, M.; Canudo, N.; Rocha, E. & Silva, D. (2003). *Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico*. Texto não publicado.

Trigo, M. & Rocha, E. (2002). Cessação de hábitos tabágicos em doentes coronários. *Acta Médica Portuguesa*, 15, 337-344.

Trigo, M.; Silva, D. & Rocha, E. (2005). Factores psicossociais de risco na doença coronária: Para além do comportamento tipo A. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24, 261-281.

True, W.; Heath, A.; Scherrer, J.; Waterman, B.; Goldberg, J.; Lin, N.; Eisen, S.; Lyons, M. & Tsuang, M. (1997). Genetic and environmental contributions to smoking. *Addiction*, 92, 1277-1287.

Tsoh, J.; McClure, J.; Skaar, K.; Wetter, D.; Cinciripini, P.; Prokhorov, A.; Friedman, K. & Gritz, E. (1997). Smoking cessation 2: Components of effective intervention. *Behavioral Medicine*, 23, 15-27.

Tyndale, R.; Pianezza, M. & Sellers, E. (1999). A common genetic defect in nicotine metabolism decreases risk for dependence and lowers cigarette consumption. *Nicotine and Tobacco Research*, 1(Suppl 2), S63-67.

Udall, M. (1963). Who needs enemies when we have friends like the Marlboro man? *88th Congress of the American Cancer Society*. Arizona: American Cancer

Society. World Wide Web: http://dizzy.library.arizona.edu/branches/spc/udall/speeches/marlboro.html

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta: USDHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1994). *Youth & tobacco. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*. Atlanta: USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1990). *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Rockville: USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 Years of progress. A Report of the Surgeon General*. Rockville: USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1988). *The health consequences of smoking - Nicotine addiction: A Report of the Surgeon General*. Rockville: USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1986). *The health consequences of involuntary smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville: USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1984). *The health consequences of smoking - Chronic obstructive lung disease: A Report of the Surgeon General.* Rockville: USDHHS, Public Health Service, Centers for

Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1981). *The Health consequences of smoking - The changing cigarette: A Report of the Surgeon General.* Washington: USDHHS, Public Health Service, Office on Smoking and Health.

USDHEW - United States Department of Health, Education, and Welfare (1964). *Smoking and health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington: USDHEW, Public Health Service.

USHR -United States House of Representatives (2003). *The lessons of "light" and "low tar" cigarettes: Without effective regulation, "reduced risk" tobacco products threaten the public health*. Minority Staff Report, Special Investigations Division, Committee on Government Reform, USHR. World Wide Web: http://www.democrats.reform.house.gov/Documents/ 2004062908245834684.pdf

USPHS - United States Public Health Service (2005). *Reports of the Surgeon General*. World Wide Web: http://www.surgeongeneral.gov/library/ reports.htm

UTITA - Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo (s/d). *Consulta de Nicotino-dependência. Ficha de admissão*. Lisboa (material policopiado).

Uysal, M.; Kadakal, F.; Karsidag, C.; Bayram, N.; Uysal, O. & Yilmaz, V. (2004). Fagerström Test for Nicotine Dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*, 52, 115-121.

Varela, F. (s/d). *Conhecer. As ciências cognitivas: Tendências e perspectivas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Vanable, P.; Carey, M.; Carey, K. & Maisto, S. (2003). Smoking among psychiatric outpatients: Relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 259-265.

Velicer, W.; DiClemente, C.; Prochaska, J. & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.

Velicer, W.; DiClemente, C.; Rossi, J. & Prochaska, J. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.

Velicer, W.; Fava, J.; Prochaska, J.; Abrams, D.; Emmons, K. & Pierce, J. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401-411.

Vink, J.; Willemsen, G.; Beem, A. & Boomsma, D. (2005). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Dutch sample of daily smokers and ex-smokers. *Addictive Behaviors*, 30, 575-579.

Viscusi, W. (1992). *Smoking: Making the risky decision*. Oxford University Press.

Viswesvaran, C. & Schmidt, F. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *The Journal of Applied Psychology*, 77, 554-561.

Wallon, H. (1979). *Do acto ao pensamento. Ensaio de psicologia comparada*. Lisboa: Moraes Editores.

Wallston, K. & Wallston, B. (1978). Preface to health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 101-105.

Warburton, D. (1988). The puzzle of nicotine use. M. Lader (Editor). *The psychopharmacology of addiction* (pp. 27-49). Oxford: Oxford University Press.

Watson, D.; Clark, L. & Tellengen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

WBG - The World Bank Group (2001). *Economics of tobacco for the Europe (EU) region*. World Wide Web: http://www.worldbank.org/

WD - Webster's Dictionary. *The New Lexicon Webster's Dictionary of the English Language. Encyclopedic Edition* (1992). New York: Lexicon Publications, Inc.

Wellman, R.; DiFranza, J.; Pbert, L.; Fletcher, K.; Flint, A.; Young, M. & Druker, S. (2006). A comparison of the psychometric properties of the hooked on nicotine checklist and the modified Fagerström Tolerance Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 31, 486-495.

Wetter, D.; Kenford, S.; Welsch, S.; Smith, S.; Fouladi, R.; Fiore, M. & Baker, T. (2004). Prevalence and predictors of transitions in smoking behavior among college students. *Health Psychology*, 23, 168-177.

Wewers, M.; Stillman, F.; Hartman, A. & Shopland, D. (2003). Distribution of daily smokers by stage of change: Current population survey results. *Prevention Medicine*, 36, 710-720.

WHO - World Health Organization (2000). *Advancing knowledge on regulating tobacco products*. Geneva: WHO. World Wide Web: http://www.who.int/tobacco/media/en/Oslo Monograph.pdf

WHO - World Health Organization (1997). *European Commission. Highlights on health in Portugal*. Copenhagen: WHO.

WHO - World Health Organization (1996). *The tobacco epidemic: A global public health emergency*. Ginebra: WHO.

WHO - World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

Wikipedia (2005). *The free encyclopedia*. World Wide Web: http://en.wikipedia.org

Williamson, D.; Madans, J.; Anda, R.; Kleinman, J.; Giovino, G. & Byers, T. (1991). Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *New England Journal of Medicine*, 324, 739-745.

Willis, T.; Resko, J.; Ainette, M. & Mendoza, D. (2004). Smoking onset in adolescence: A person-centered analysis with time-varying predictors. *Health Psychology*, 23, 158-167.

Wilson, E. (1964). Tobacco smoking and longevity. *National Academy of Sciences*, 52, 199-200.

Wilson, P. (1994). Established risk factors and coronary artery disease: The Framingham Study. *American Journal of Hypertension*, 7, 7S-12S.

Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Wistuba, I.; Lam, S.; Behrens, C.; Virmani, A.; Fong, K.; LeRiche, J.; Samet, J.; Srivastava, S.; Minna, J. & Gazdar, A. (1997). Molecular damage in the bronchial epithelium of current and former smokers. *Journal of the National Cancer Institute*, 89, 1366-1373.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.

WSPA - Washington State Pharmacy Association (s/d). *Motivation to quit scale*. Washington: World Wide Web: http://www.wsparx.org/aboutus/1-3-1.asp

Wynder, E. & Graham, E. (1950). Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: A study of six hundred and eighty-four proved cases. *Journal of the American Medical Association*, 143, 329-336.

Yamaguchi, K. & Kandel, D. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event history analysis of family roles and marijuana use. *American Journal of Sociology*, 90, 1284-1325.

Young, M. & Werch, C. (1990). Relationship between self-esteem and substance use among students in fourth through twelfth grade. *Wellness Perspectives: Research, Theory and Practice*, 7, 31-44.

Zhu, S-H., Sun, J.; Billings, S.; Choi, W. & Malarcher, A. (1999). Predictors of smoking cessation in U.S. adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 16, 202, 207.

Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zuckerman, M. (1988). Sensation seeking, risk taking and health. M. Janisse (Editor). *Individual differences, stress and health* (pp. 72-88). New York: Springer-Verlag.

Zuckerman, M.; Bone, R.; Neary, R.; Mangelsdorf, D. & Brustman, B. (1972). What is the sensation seeker? Personality trait and experience correlates of the Sensation Seeking Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 308-321.

Zung, W. & Durham, N. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Lista de quadros

Quadro I. Fazer o fumo trabalhar mais (*Making the smoke work harder*). 19

Quadro II. Lista de Relatórios do *Surgeon General* (1964-2004). 22

Quadro III. Risco de morrer em Portugal (/100000 hab.), no ano de 2002. 27

Quadro IV. Alguns compostos químicos do fumo do tabaco em diferentes fases. 45

Quadro V. Critérios para diagnóstico da dependência de substâncias (DSM-IV-TR).61

Quadro VI. Sinais e sintomas da abstinência de nicotina. 66

Quadro VII. Preditores associados ao início e consolidação do consumo. 112

Quadro VIII. Preditores de cessação e manutenção da abstinência. 133

Quadro IX. *Continuum* do tabagismo. 153

Quadro X. Preditores e modelo de recaída. 154

Quadro XI. Distribuição das amostras por local e critério de recolha. 175

Quadro XII. Cruzamento entre o local de recolha e o sexo – Percentagem e número de participantes. 176

Quadro XIII. Cruzamento entre o local de recolha e os anos de escolaridade - Percentagem de participantes (e resíduo ajustado). 177

Quadro XIV. Cruzamento entre o local de recolha e a profissão - Percentagem de participantes (e resíduo ajustado). 177

Quadro XV. Critérios de inclusão no estudo. 178

Quadro XVI. Critérios para classificação do hábito tabágico. 179

Quadro XVII. Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico. 180

Quadro XVIII. Guia de aplicação da Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico. 181

Quadro XIX. Critérios para classificação do nível profissional e de escolaridade. 183

Quadro XX. Pontuações para determinação das classes sócio-económicas. 183

Quadro XXI. Versão adaptada do Algoritmo do Estádio e respectiva cotação. 186

Quadro XXII. Protocolo para avaliação do perfil emocional. 192

Quadro XXIII. Estrutura factorial do BDI® em pacientes com dor crónica. 200

Quadro XXIV. Composição das escalas e itens cotados de forma inversa no PSS. 202

Quadro XXV. Itens cotados de forma inversa no STAI®-Y. 206

Quadro XXVI. Coeficiente alfa em amostras portuguesas no STAI®-Y. 208

Quadro XXVII. Pontuações médias e desvios-padrão em amostras portuguesas no STAI®-Y. 208

Quadro XXVIII. Protocolo para avaliação do perfil tabágico. 210

Quadro XXIX. Comparação dos itens e cotações no FTQ e no FTND. 216

Quadro XXX. Itens que compõem a escala de contras e a escala de prós. 219

Quadro XXXI. Itens que compõem as seis sub-escalas da *Horn-Waingrow Scale*. 221

Quadro XXXII. Itens que compõem as sub-escalas da medida *Smoking Processes of Change Scale*. 225

Quadro XXXIII. Plano de estudo correlacional. 228

Quadro XXXIV. Dicionário de variáveis da Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico. 228

Quadro XXXV. Dicionário de variáveis do perfil emocional. 230

Quadro XXXVI. Dicionário de variáveis do perfil tabágico (ex-fumador).....231

Quadro XXXVII. Dicionário de variáveis do perfil tabágico (fumador).....232

Quadro XXXVIII. Direitos de cópia dos questionários e escalas.....242

Quadro XXXIX. Pedidos e respostas de autorização para recolha de dados.....243

Quadro XL. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da Escala de Motivação para Deixar de Fumar.....247

Quadro XLI. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da Escala de Motivação para Deixar de Fumar. 248

Quadro XLII. Matriz de componentes principais dos itens do CAGE. 248

Quadro XLIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do CAGE. 249

Quadro XLIV. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Bortner Scale*.....250

Quadro XLV. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Bortner Scale*.....250

Quadro XLVI. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do BDI®. 251

Quadro XLVII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Beck Depression Inventory*®. 252

Quadro XLVIII. Matriz de componentes principais dos itens da *Perceived Stress Scale*. 253

Quadro XLIX. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Perceived Stress Scale*.....253

Quadro L. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da Forma Y2 do *State-Trait Anxiety Inventory®*. 255

Quadro LI. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *State-Trait Anxiety Inventory®*. 255

Quadro LII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Fagerström Tolerance Questionnaire*. 256

Quadro LIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Fagerström Tolerance Questionnaire*. 256

Quadro LIV. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Fagerström Tolerance Questionnaire*_ex. 257

Quadro LV. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Fagerström Tolerance Questionnaire*_ex. 258

Quadro LVI. Comparação da estrutura do FTQ e do FTQ_ex. 258

Quadro LVII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Smoking Decisional Balance Scale*. 259

Quadro LVIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Smoking Decisional Balance Scale*. 260

Quadro LIX. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Smoking Decisional Balance Scale*_ex. 261

Quadro LX. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Smoking Decisional Balance Scale*_ex. 261

Quadro LXI. Comparação da estrutura da SDBS e da SDBS_ex. 262

Quadro LXII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Horn-Waingrow Scale*. 263

Quadro LXIII. Codificação em letras das sub-escalas originais da *Horn-Waingrow Scale*. 263

Quadro LXIV. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Horn-Waingrow Scale*. 264

Quadro LXV. Coeficiente alfa de Cronbach nas sub-escalas da *Horn-Waingrow Scale*. 265

Quadro LXVI. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens da *Horn-Waingrow Scale*_ex. 266

Quadro LXVII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach da *Horn-Waingrow Scale*_ex. 266

Quadro LXVIII. Coeficiente alfa de Cronbach nas sub-escalas da *Horn-Waingrow Scale_ex*. 267

Quadro LXIX. Comparação da estrutura da HWS e da HWS_ex. 268

Quadro LXX. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*. 269

Quadro LXXI. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*. 269

Quadro LXXII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*_ex. 270

Quadro LXXIII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Abstinence Self-Efficacy*_ex. 270

Quadro LXXIV. Comparação da estrutura da SASE e da SASE_ex. 271

Quadro LXXV. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Processes of Change Scale*. 272

Quadro LXXVI. Codificação em letras das sub-escalas originais da *Smoking Processes of Change Scale*. 273

Quadro LXXVII. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Processes of Change Scale*. 273

Quadro LXXVIII. Matriz de componentes principais com rotação Varimax dos itens do *Smoking Processes of Change Scale*_ex. 274

Quadro LXXIX. Correlação item-total corrigida e coeficiente alfa de Cronbach do *Smoking Processes of Change Scale*_ex. 275

Quadro LXXX. Comparação da estrutura da SPCS e da SPCS_ex. 276

Quadro LXXXI. Matriz de correlações (Spearman) entre as pontuações médias dos instrumentos revistos do perfil emocional. 277

Quadro LXXXII. Matriz de correlações (Spearman) entre as pontuações médias dos instrumentos revistos do perfil tabágico (fumador). 282

Quadro LXXXIII. Matriz de correlações (Spearman) entre as pontuações médias dos instrumentos revistos do perfil tabágico (ex-fumador). 286

Quadro LXXXIV. Resumo dos itens que compõem os diversos instrumentos, após estudo das qualidades métricas. 288

Quadro LXXXV. Cruzamento entre o sexo e o hábito tabágico - Percentagem e número de participantes. 290

Quadro LXXXVI. Cruzamento entre a faixa etária e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 291

Quadro LXXXVII. Cruzamento entre a faixa etária e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 292

Quadro LXXXVIII. Cruzamento entre a faixa etária, o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 293

Quadro LXXXIX. Cruzamento entre o estado civil e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem e número de participantes. 294

Quadro XC. Cruzamento entre o estado civil e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem e número de participantes. 294

Quadro XCI. Cruzamento entre a escolaridade e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes. 295

Quadro XCII. Cruzamento entre a escolaridade e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 295

Quadro XCIII. Cruzamento entre a profissão e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....296

Quadro XCIV. Cruzamento entre a profissão e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 297

Quadro XCV. Comparação da "idade em que experimentou o primeiro cigarro", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 298

Quadro XCVI. Comparação da "idade em que experimentou o primeiro cigarro", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*. 298

Quadro XCVII. Comparação da "idade em que começou a fumar regularmente", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 299

Quadro XCVIII. Cruzamento entre "a razão para começar a fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....299

Quadro XCIX. Cruzamento entre "a razão para começar a fumar" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 301

Quadro C. Comparação do "número de cigarros fumados por dia", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.....303

Quadro CI. Comparação do "número de cigarros fumados por dia", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.....303

Quadro CII. Comparação do "número de anos de tabagismo", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 304

Quadro CIII. Comparação do "número de anos de tabagismo", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*. 304

Quadro CIV. Cruzamento entre "a marca de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes. 305

Quadro CV. Cruzamento entre "a marca de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes. 305

Quadro CVI. Cruzamento entre "a marca de cigarro fumado", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes. 306

Quadro CVII. Cruzamento entre "a forma de fumar o cigarro" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes. 306

Quadro CVIII. Cruzamento entre "a forma de fumar o cigarro" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes. 307

Quadro CIX. Cruzamento entre "a forma de fumar o cigarro", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 308

Quadro CX. Cruzamento entre "a quantidade de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes. 308

Quadro CXI. Cruzamento entre "a quantidade de cigarro fumado" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes. 309

Quadro CXII. Cruzamento entre "a quantidade de cigarro fumado", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes. 309

Quadro CXIII. Comparação da "percepção de que fumar é prejudicial à saúde", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 310

Quadro CXIV. Comparação da "percepção de que fumar é prejudicial à saúde", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*. 310

Quadro CXV. Comparação da "percepção de que fumar é prejudicial", em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Teste de *Mann-Whitney*. 311

Quadro CXVI. Comparação do "número de tentativas para deixar de fumar", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 311

Quadro CXVII. Comparação do "número médio de tentativas para deixar de fumar", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*. 312

Quadro CXVIII. Comparação do "número médio de dias sem fumar", em função do hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 312

Quadro CXIX. Comparação do "número médio de dias sem fumar", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores e no grupo de fumadores - Teste de *Mann-Whitney*. 313

Quadro CXX. Cruzamento entre "a razão para deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 313

Quadro CXXI. Cruzamento entre "a razão para deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 315

Quadro CXXII. Cruzamento entre "a razão para deixar de fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 317

Quadro CXXIII. Cruzamento entre "a técnica para deixar de fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 318

Quadro CXXIV. Cruzamento entre "a maior dificuldade em deixar de fumar" e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 320

Quadro CXXV. Cruzamento entre “a maior dificuldade em deixar de fumar” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....321

Quadro CXXVI. Cruzamento entre “a maior dificuldade em deixar de fumar”, o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 323

Quadro CXXVII. Cruzamento entre “as razões associadas à recaída” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.....324

Quadro CXXVIII. Cruzamento entre “as razões associadas à recaída” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes. 325

Quadro CXXIX. Cruzamento entre “as razões associadas à recaída”, o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....326

Quadro CXXX. Cruzamento entre “quem incentivou a deixar de fumar” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....326

Quadro CXXXI. Cruzamento entre “quem incentivou a deixar de fumar” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....327

Quadro CXXXII. Cruzamento entre “quem incentivou a deixar de fumar”, o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 328

Quadro CXXXIII. Cruzamento entre o “conselho do médico para deixar de fumar” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....329

Quadro CXXXIV. Cruzamento entre o “conselho do médico para deixar de fumar” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....329

Quadro CXXXV. Cruzamento entre o “conselho do médico para deixar de fumar”, o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes. 330

Quadro CXXXVI. Cruzamento entre a “história de tabagismo no pai” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....331

Quadro CXXXVII. Cruzamento entre a “história de tabagismo no pai” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes. 331

Quadro CXXXVIII. Cruzamento entre a “história de tabagismo na mãe” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.....332

Quadro CXXXIX. Cruzamento entre a “história de tabagismo na mãe” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes. 332

Quadro CXL. Cruzamento entre a “história de tabagismo nos irmãos” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....333

Quadro CXLI. Cruzamento entre a “história de tabagismo nos irmãos” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....333

Quadro CXLII. Cruzamento entre a “história de tabagismo no cônjuge” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....334

Quadro CXLIII. Cruzamento entre a “história de tabagismo no cônjuge” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....334

Quadro CXLIV. Cruzamento entre a “história de tabagismo nos filhos” e o hábito tabágico, no grupo de homens - Percentagem de participantes.....335

Quadro CXLV. Cruzamento entre a “história de tabagismo nos filhos” e o hábito tabágico, no grupo de mulheres - Percentagem de participantes. 335

Quadro CXLVI. Comparação do “relato de doenças”, em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.....336

Quadro CXLVII. Comparação do "relato de doenças", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Mann-Whitney*.....337

Quadro CXLVIII. Comparação do "relato de doenças", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.....337

Quadro CXLIX. Comparação do "relato de doenças", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*.....338

Quadro CL. Comparação das "doenças que sofreu e sofre", em função hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*.....338

Quadro CLI. Comparação do "relato de doenças", em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Teste de *Mann-Whitney*.....339

Quadro CLII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.....340

Quadro CLIII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Kruskal-Wallis*.....340

Quadro CLIV. Comparação emparelhada do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Mann-Whitney*.....342

Quadro CLV. Comparação entre "o consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*.....343

Quadro CLVI. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média e desvio-padrão.....343

Quadro CLVII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Kruskal-Wallis*. 344

Quadro CLVIII. Comparação emparelhada do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*. 345

Quadro CLIX. Comparação entre o "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*. 346

Quadro CLX. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do sexo, no grupo de não fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*. 347

Quadro CLXI. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do sexo, no grupo de ex-fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*. 348

Quadro CLXII. Comparação do "consumo de bebidas estimulantes durante a semana e ao fim-de-semana", em função do sexo, no grupo de fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*..... 349

Quadro CLXIII. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes. 349

Quadro CLXIV. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Teste de *Mann-Whitney*. 350

Quadro CLXV. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 350

Quadro CLXVI. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*. 350

Quadro CLXVII. Comparação da pontuação média obtida no CAGE, em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.....351

Quadro CLXVIII. Cruzamento entre "os não fumadores que alguma vez experimentaram fumar" e o sexo - Percentagem de participantes. 351

Quadro CLXIX. Cruzamento entre "as razões para não fumar", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado. 352

Quadro CLXX. Cruzamento entre "as situações em que fuma mais", o hábito tabágico e o sexo - Percentagem de participantes e resíduo ajustado.....354

Quadro CLXXI. Comparação da "importância de parar de fumar", em função do sexo - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*. 355

Quadro CLXXII. Comparação da "motivação para deixar de fumar", em função do sexo - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.....355

Quadro CLXXIII. Comparação do perfil emocional, em função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes.....356

Quadro CLXXIV. Comparação do perfil emocional, em função da história de hábito tabágico (sem / com), no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes. 357

Quadro CLXXV. Comparação do perfil emocional, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.....357

Quadro CLXXVI. Comparação da pontuação média obtida na BS, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Teste de *Mann-Whitney*. 358

Quadro CLXXVII. Comparação do perfil emocional, em função da história de hábito tabágico (sem / com), no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes. 358

Quadro CLXXVIII. Comparação do perfil emocional, em função do sexo, nos grupos de não fumadores, ex-fumadores e fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*. 359

Quadro CLXXIX. Comparação do perfil tabágico, e função do hábito tabágico, no grupo de homens - Média, desvio-padrão e número de participantes. 360

Quadro CLXXX. Comparação do perfil tabágico, em função do hábito tabágico, no grupo de mulheres - Média, desvio-padrão e número de participantes.....361

Quadro CLXXXI. Comparação do perfil tabágico, em função do sexo, nos grupos de ex-fumadores e fumadores - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Mann-Whitney*.....362

Quadro CLXXXII. Cruzamento entre o estádio de mudança e o hábito tabágico, no grupo de homens e no grupo de mulheres - Percentagem de participantes e Teste do Qui-Quadrado.....363

Quadro CLXXXIII. Cruzamento entre o estádio de mudança e o hábito tabágico (fumadores), no grupo de homens e no grupo de mulheres - Número de participantes observados e esperados e Teste do Qui-Quadrado. 364

Quadro CLXXXIV. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Kruskal-Wallis*. 365

Quadro CLXXXV. Comparação dos argumentos contra e pró-tabagismo, em função do estádio de mudança - Teste dos Sinas de *Wilcoxon*. 365

Quadro CLXXXVI. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Kruskal-Wallis*. 366

Quadro CLXXXVII. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Abstinence Self-Efficacy* (SASE), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Teste de *Mann-Whiney*.....367

Quadro CLXXXVIII. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Média, desvio-padrão, número de participantes e Teste de *Kruskal-Wallis*. 368

Quadro CLXXXIX. Comparação da pontuação média obtida na *Smoking Processes of Change Scale* (SPCS), em função do estádio de mudança, em ambos os sexos - Teste de *Mann-Whiney*. 369

Lista de figuras

Figura 1. Aumento dos riscos para a saúde associados ao tabagismo. 26

Figura 2. Máquina de fumar.....53

Figura 3. Tipos de fumo produzidos durante a combustão do cigarro.....77

Figura 4. Fases da iniciação ao tabagismo em crianças e adolescentes.....109

Figura 5. Diferenciador semântico na *Bortner Scale*.....193

Figura 6. Escala de Guttman utilizada no *Beck Depression Inventory®*.....196

Figura 7. Escalas para resposta ao *Fagerström Tolerance Questionnaire*. 212

Figura 8. Processos de mudança ao longo dos estádios de mudança.....227

Figura 9. Organização e aspecto geral dos materiais de resposta. 238

Anexos

Anexo 1 – Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico

Entrevista para Avaliação do Hábito Tabágico

Preparado por Miguel Trigo, Noélia Canudo, Evangelista Rocha e Danilo Silva, 2003

N.º _____ Homem ☐ Mulher ☐

Mês / ano nasc. ____/19____ Idade _____ Estado civil _____

Escolaridade _____ Profissão _____

Altura _____ *cm* Peso _____ *Kg* IMC _____ CO _____ *ppm*

1. Actualmente é fumador(a)?

☐ **Sim** **(seguir)**

No último ano, quantas vezes parou de fumar, pelo menos 24 horas? _____

Está a pensar seriamente em parar de fumar?

- ☐ Sim, nos próximos 30 dias — ☐ Com 1 tent. 24 h / último ano — *Preparação*
- ☐ Sim, nos próximos 30 dias — ☐ Sem tentativa — *Contemplação*
- ☐ Sim, nos próximos 6 meses — *Contemplação*
- ☐ Não pensa em parar — *Pré-contemplação*

☐ **Ex-fumador** **(até à P 9 e → P 13)**

- ☐ **Parou** nos últimos 6 meses — Data? (mês / ano) ____/____ — *Acção*
- ☐ **Parou** há mais de 6 meses — *Manutenção*

☐ **Nunca fumou** Alguma vez experimentou? Sim ☐ Não ☐ **(→ P 21)**

Porquê? _____

2. Quantos cigarros por dia fuma?

cpd	Cigarros	Cigarrilhas	Charutos	Cachimbo	Ocasional
					≤ 5 *cpd*

3. Com que idade experimentou o primeiro cigarro? _____ anos

4. Com que idade começou a fumar regularmente? _____ anos

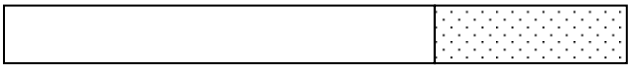
5. Há quantos anos fuma? _____ anos

6. Qual a marca de tabaco que fuma habitualmente? _____

7. Como fuma o seu cigarro?

Está quase sempre na boca	
Está tanto tempo na boca como na mão	
Grande parte arde na mão ou no cinzeiro	

8. Até onde costuma fumar os cigarros? Por favor, marque no desenho:



9. Por que razão começou a fumar (marque X e ordene as opções mais ajustadas):

Por brincadeira e curiosidade		
Para se distrair		
Para parecer mais velho(a)		
Por pressão dos amigos(as)		
Por estar na tropa ou na guerra		
Para ser melhor aceite pelos outros		
Por ser um sinal de estatuto e poder		
Gosta de experimentar coisas diferentes		
Porque os seus familiares também fumam		
Via os anúncios e apetecia-lhe experimentar		
Para aliviar a tensão quando estava em grupo		
Atraiu-lhe o ritual de acender e fumar o cigarro		

Outros? _____

10. Fuma mais quando (marque X e ordene as opções mais ajustadas):

Sai à noite		
Está sozinho(a)		
Está a trabalhar		
Está sem fazer nada		
Convive com amigos		
Vê os outros a fumar		
Bebe (*ex*. café ou álcool)		
Está tenso(a) / nervoso(a)		
Está descontraído(a) e satisfeito(a)		

Outros? _____

11. De 0 (*mín*.) a 5 (*máx*.), até que ponto é importante para si deixar de fumar? ____

12. Indique em que medida cada afirmação é verdadeira para si:

0=*Nada;* ***1***=*muito pouco;* ***2***=*pouco;* ***3***=*moderadamente;* ***4***=*bastante;* ***5***=*muitíssimo*	0	1	2	3	4	5
No passado, tive **poucas dificuldades** em parar de fumar						
Quero parar de fumar						
Consigo evitar os fumadores, em minha casa e no trabalho						
Neste momento, a minha vida **não é muito stressante**						
Pela minha saúde e bem-estar, quero parar de fumar						
Pela saúde e bem-estar da minha família, quero parar						
Estou pronto(a) para deixar de fumar						
Tenho capacidade para deixar de fumar						

(se é <u>ex-fumador</u>, seguir o questionário a partir daqui)

→ **13.** Quantas tentativas fez para parar de fumar e quantos dias esteve sem fumar:

Tentativas n.º	N.º de dias sem fumar
1	
2	
3	

14. Quais foram as razões para deixar de fumar (marque X e ordene as opções mais ajustadas)?

Gravidez		
Preço do tabaco		
Pressão familiar		
Ter ficado doente		
Manter a sua saúde		
Por causa dos seus filhos		
Aposta consigo próprio ou com alguém		
Conselho do médico ou técnicos de saúde		
Medo das doenças provocadas pelo tabaco		
Pressões ou interdição de fumar no trabalho		
Por ser incompatível com a prática do desporto		
Alguém próximo morreu / adoeceu devido ao tabaco		

Outros? _____

15. Reduziu ou parou de fumar durante a gravidez? Sim ☐ Não ☐

16. Utilizou alguma técnica para deixar de fumar? Sim ☐ Qual? _____
Não ☐

17. Qual foi a maior dificuldade em parar de fumar? _____

18. Se recaiu, qual foi a principal razão? _____

19. Alguém o(a) incentivou a deixar de fumar? Quem? _____

20. Alguma vez o(a) médico(a) lhe disse que deveria deixar de fumar?

Nunca	
Algumas vezes	
Muitas vezes	

(se <u>nunca fumou</u>, seguir o questionário a partir daqui)

21. Numa escala de 0 (*mín.*) a 4 (*máx.*), avalie o mal que o hábito de fumar representa para si?

0	Nada	
1	Pouco	
2	Nem bem, nem mal	
3	Bastante	
4	Muitíssimo	

22. Dos seguintes familiares quais os que nunca fumaram, os que deixaram de fumar e os que fumam (marque um X)?

	Nunca fumou	Ex-fumador	Fumador
Pai			
Mãe			
Irmãos			
Marido / esposa			
Filhos			

23. Marque um X em todas as doenças e sintomas de que sofreu ou sofre:

	Sofreu	Sofre
Dor de cabeça (1 vez / semana)		
Cansaço / fadiga fácil		
Insónia (último mês)		
Constipação frequente (> 3 / ano)		
Catarro / expectoração		
Falta de ar		
Asma		
Má circulação		
Varizes		
Hipertensão / tensão alta		
Diabetes		
Úlcera		
Anemia		
Bronquite crónica		
Enfisema		
Tuberculose		
Cancro		
Arritmia		
Ataque do coração		
Angina de peito		

24. CAGE:

	Sim	**Não**
Alguma vez sentiu que devia cortar com as bebidas alcoólicas?		
Já alguém o(a) aborreceu, criticando-o(a) por beber?		
Alguma vez se sentiu mal ou culpabilizado(a) pelo facto de beber?		
Já alguma vez tomou uma bebida logo pela manhã, para acalmar os nervos ou para se livrar de uma ressaca?		

25. Em relação às seguintes bebidas, indique que quantidade consome de cada uma:

	N.º copos / dia	
	Durante a semana	Fim-de-semana
Cerveja		
Vinho		
Aguardente, conhaque, *Whisky*		
Café		
Chá preto		

Anexo 2 - Instrumentos para avaliação do perfil emocional

ESCALA DE BORTNER – BS

Rayman Bortner (1969)

Versão portuguesa preparada por
Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

Processo n.º _____

INSTRUÇÃO

Cada um de nós situa-se em algum ponto entre os dois extremos das linhas que aparecem em baixo. Para cada par de afirmações, **faça um traço (/) no sítio da linha** que, em seu entender, corresponde à **sua maneira habitual de se comportar**.

1. |_____|
Nunca se atrasa — Frequentemente atrasado(a)

2. |_____|
Nada competitivo(a) — Muito competitivo(a)

3. |_____|
Adianta-se ao que os outros vão dizer (acenando com a cabeça, interrompendo, terminando por eles) — Sabe ouvir, ouve os outros até ao fim

4. |_____|
Sempre apressado(a) — Nunca apressado(a), mesmo sob pressão

5. |_____|
Espera com paciência — Não tem paciência para esperar

6. |_____|
Faz o máximo para atingir os seus objectivos — Deixa que as coisas aconteçam

7. |_____|
Faz uma coisa de cada vez — Tenta fazer muitas coisas ao mesmo tempo e já está a pensar no que vai fazer a seguir

8. |_____|
Fala energicamente (podendo dar murros na mesa) — Fala lenta e pausadamente

9. |_____|
Gosta de ver o seu trabalho reconhecido pelos outros — Só se importa com a sua satisfação pessoal, independentemente do que os outros possam pensar

10. |_____|
Rápido(a) nas coisas do dia-a-dia (comer, andar, *etc*.) — Lento(a)

11. |_____|
Descontraído(a) — Tenso(a)

12. |_____|
Esconde os sentimentos — Manifesta os sentimentos

13. |_____|
Tem muitos interesses — Fora do trabalho tem poucos interesses

14. |_____|
Está satisfeito(a) com o seu nível profissional — Ambicioso(a)

INVENTÁRIO DE BECK - BDI®

Aaron T. Beck (1979)

Beck D. Inventory

Copyright © 1979 by Aaron T. Beck
Portuguese translation copyright © 2006 by Aaron T. Beck
Translated and reproduced with permission of publisher
Harcourt Assessment, Inc. All rights reserved

Versão portuguesa preparada por
Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

Excerto da cláusula número 8 do Acordo estabelecido entre a Harcourt Assessment, Inc. com Miguel Trigo e Danilo Rodrigues Silva, para reprodução e aplicação de 900 Inventários de Depressão de Beck® (BDI®):

(…) "8. Published reports of the Licensed Use shall not include reproduction of actual test items or answers unless separate permission is granted in an addendum to this Agreement." (…)

(…) "8. Relatórios publicados que resultem da utilização licenciada não devem incluir a reprodução dos itens ou respostas deste teste [i.e. BDI®], a menos que seja concedida uma permissão adicional em adenda a este Acordo." (…)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-RESPOSTA - PSS-10

Cohen e Williamson (1988)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

Para cada questão, pedimos que indique **com que frequência pensou ou se sentiu de determinada maneira, durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como uma pergunta separada. **Responda de forma rápida e espontânea**. Indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	**1**	**2**	**3**	**4**

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
de Charles Spielberger (1977)
STAI® Forma Y2
State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)
Copyright © 1968, 1977 by Charles Spielberger
Versão portuguesa preparada por
Danilo R. Silva e Sofia Correia

Aplicação autorizada no âmbito dos estudos de adaptação
Danilo R. Silva

(…) "Reproduction of this test or any portion thereof by any process without written permission of the Publisher is prohibited." (…)

(…) "A reprodução deste teste ou de qualquer das suas partes, através de qualquer processo, sem permissão escrita do Editor é proibida." (…)

Anexo 3 - Instrumentos para avaliação do perfil tabágico em ex-fumadores

QUESTIONÁRIO DE TOLERÂNCIA DE FAGERSTRÖM - FTQ

Fagerström e Schneider (1989)
Versão portuguesa preparada por
Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

Processo n.º _____

INSTRUÇÃO:

Para cada pergunta assinale, nas linhas à direita, o número da resposta que melhor se aplica a si.

1. Quanto tempo depois de acordar fumava o seu primeiro cigarro? _____
   0. Após 30 minutos.
   1. Nos primeiros 30 minutos.

2. Tinha dificuldade em não fumar nos locais onde era proibido, por exemplo numa biblioteca, cinema ou consultório médico? _____
   0. Não.
   1. Sim.

3. Dos cigarros que fumava diariamente, qual era o que mais lhe satisfazia? _____
   0. Qualquer outro que não o primeiro da manhã.
   1. O primeiro da manhã.

4. Quantos cigarros fumava por dia? _____
   0. 1-15.
   1. 16-25.
   2. Mais que 26.

5. Fumava mais durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia? _____
   0. Não.
   1. Sim.

6. Fumava mesmo quando estava doente e ficava de cama a maior parte do dia? _____
   0. Não.
   1. Sim.

7. A marca de cigarros que fumava tinha um teor de nicotina baixo, médio ou alto? _____
   0. Baixo.
   1. Médio.
   2. Alto.

8. Com que frequência inalava / engolia o fumo do seu cigarro? _____
   0. Nunca.
   1. Algumas vezes.
   2. Sempre.

BALANÇO DECISÓRIO – BD

Velicer, DiClemente, Prochaska e Brandenburg (1985)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

As seguintes afirmações representam diferentes **argumentos a favor e contra o tabagismo**. Por favor, para cada afirmação **classifique a importância** que elas tiveram **para a sua decisão de fumar ou de parar de fumar**. Marque uma cruz (X) em cada afirmação, de acordo com uma escala de cinco pontos.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Fumar cigarros era agradável.					
2. Após algum tempo sem fumar, um cigarro fazia-me sentir óptimo(a).					
3. Quando estava a fumar ficava descontraído(a) e, consequentemente, mais satisfeito(a)					
4. Gostava da imagem do fumador de cigarros.					
5. O meu cigarro podia afectar a saúde de outras pessoas.					
6. Quando fumava, sentia que seria mais enérgico(a) se não fumasse.					
7. Quando tentava parar de fumar, tornava-me uma pessoa irritável e uma má companhia.					
8. As pessoas que me são próximas iriam sofrer se eu adoecesse por causa do tabaco.					
9. A minha família e amigos gostavam mais de mim quando estava satisfeito(a) a fumar, do que quando estava de mau humor tentando parar.					
10. Quando continuava a fumar, algumas pessoas conhecidas achavam que não tinha força para parar.					
11. Fumar era perigoso para a minha saúde.					
12. Sentia-me embaraçado(a) por ter de fumar.					
13. O fumo do meu cigarro incomodava as outras pessoas.					
14. As pessoas achavam-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar.					
15. Gostava mais de mim quando fumava.					
16. Fumar ajudava-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho.					
17. Fumar aliviava a tensão.					
18. As pessoas que me são próximas desaprovavam o facto de eu fumar.					
19. Era insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros.					
20. A opção de fumar fazia-me sentir que podia tomar as minhas próprias decisões.					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

ESCALA DE HORN-WAINGROW – HWS

Ikard, Green e Horn (1969)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

Considerando as seguintes afirmações, avalie até que ponto elas **caracterizavam o seu comportamento habitual**. Faça uma cruz (X) na sua opção, recorrendo a uma escala de cinco pontos.

	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	raramente	Nunca
	5	**4**	**3**	**2**	**1**
1. Fumava para me estimular, para me arrebitar.					
2. Dava por mim com um cigarro na boca, sem me lembrar de o ter lá posto.					
3. Quando estava a tentar resolver um problema, acendia um cigarro.					
4. Quando estava a fumar, parte do prazer era olhar para o fumo que deitava para fora.					
5. Sentia bastante as ocasiões em que não estava a fumar.					
6. Parte da minha satisfação em fumar vinha do ritual de acender o cigarro.					
7. Quando estava em baixo ou não queria pensar em preocupações, fumava um cigarro.					
8. Fumava automaticamente sem sequer me aperceber.					
9. Fumava para evitar ir-me abaixo.					
10. Ficava roído(a) de desejo por um cigarro quando já não fumava há algum tempo.					
11. Quando me sentia desconfortável ou preocupado(a) com alguma coisa, acendia um cigarro.					
12. Segurar no cigarro fazia parte do prazer que tinha em fumá-lo.					
13. Entre dois cigarros, ficava com tal desejo que só um cigarro podia satisfazer.					
14. Acendia um cigarro quando me sentia zangado(a) com alguma coisa.					
15. Acendia um cigarro sem dar conta que ainda tinha outro a arder no cinzeiro.					
16. Achava os cigarros agradáveis.					
17. Quando me sentia embaraçado(a) ou envergonhado(a) com alguma coisa, acendia um cigarro.					
18. Quando ficava sem cigarros, só sossegava quando os conseguia arranjar.					
19. Quando estava preocupado(a), poucas coisas ajudavam mais que os cigarros.					
20. Fumava só por hábito, sem realmente desejar fumar o cigarro que tinha na boca.					
21. Fumar era agradável e relaxante.					
22. Não me sentia bem durante muito tempo sem fumar.					
23. Fumava para me por bem-disposto(a).					
	5	**4**	**3**	**2**	**1**

AUTO-EFICÁCIA / TENTAÇÃO – AE

Diclemente (1981)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

Em baixo estão descritas situações que podem levar as pessoas a fumar. Gostaríamos de saber **qual o nível de confiança que tem de conseguir evitar fumar** em cada uma das seguintes doze situações. Por favor, responda às seguintes questões usando uma escala de sete pontos.

Consigo evitar fumar…

Situação	Completamente inseguro(a)		Nem seguro(a), nem inseguro(a)				Completamente seguro(a)
	Nível de confiança						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando estou só e deprimido(a).							
2. Quando estou nervoso(a).							
3. Com amigos(as) numa festa.							
4. À hora do café, enquanto falo e descontraio.							
5. Com o meu cônjuge ou amigo(a) íntimo(a) que está a fumar.							
6. No trabalho, quando estou sob alguma pressão.							
7. Num bar ou descontraído(a) a tomar um aperitivo.							
8. Quando acordo de manhã e tenho um dia duro pela frente.							
9. Quando estou alegre e a festejar.							
10. Quando estou aborrecido(a) e não tenho nada para fazer.							
11. Se passasse por uma crise emocional, como um acidente ou a morte de um familiar.							
12. Quando me apercebo que estou a ganhar peso.							
	1	2	3	4	5	6	7

PROCESSOS DE MUDANÇA – PM

Prochaska, Velicer, Diclemente e Fava (1988)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

As seguintes situações podem influenciar os hábitos de fumar de algumas pessoas. Pense em **situações parecidas que possam estar a ocorrer consigo ou tenham ocorrido nos últimos tempos**. Depois, classifique a frequência desse acontecimento numa escala de cinco pontos.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Quando estou tentado(a) a fumar, penso em outra coisa qualquer.					
2. Digo a mim mesmo(a) que posso deixar de fumar se quiser.					
3. Já reparei que os não fumadores estão a defender os seus direitos.					
4. Recordo-me de informações que me deram, sobre os benefícios de deixar de fumar.					
5. Penso que as pessoas me ficarão gratas se eu não fumar.					
6. Dei por mim a pensar que o fumo dos cigarros está a poluir o ambiente.					
7. Sensibilizam-me avisos acerca dos riscos de fumar.					
8. Fico preocupado(a) quando penso no meu hábito de fumar.					
9. Desfaço-me das coisas que tenho em casa ou no trabalho que me fazem lembrar de fumar.					
10. Tenho alguém que me ouve quando preciso de falar do meu hábito de fumar.					
11. Penso em informações de artigos e anúncios sobre como parar de fumar.					
12. Considero que fumar pode ser prejudicial para o ambiente.					
13. Digo a mim mesmo que, se tentar com força suficiente, consigo evitar fumar.					
14. Acho que a sociedade tem mudado de maneira a tornar as coisas mais fáceis para os não fumadores.					
15. A minha necessidade de cigarros faz-me sentir desapontado(a) comigo.					
16. Tenho alguém com quem posso contar quando estou a ter dificuldades com o tabaco.					
17. Faço outra coisa qualquer quando preciso de relaxar ou estou sob tensão, em vez de fumar.					
18. Os avisos sobre o hábito de fumar mexem comigo.					
19. Em minha casa ou no trabalho, tenho coisas que me lembrem de não fumar.					
20. Se eu não fumar, as pessoas felicitam-me.					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo 4 - Instrumentos para avaliação do perfil tabágico em fumadores

QUESTIONÁRIO DE TOLERÂNCIA DE FAGERSTRÖM - FTQ

Fagerström e Schneider (1989)
Versão portuguesa preparada por
Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

Processo n.º _____

INSTRUÇÃO:

Para cada pergunta assinale, nas linhas à direita, o número da resposta que melhor se aplica a si.

1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro? _____
   0. Após 30 minutos.
   1. Nos primeiros 30 minutos.

2. Tem dificuldade em não fumar nos locais onde é proibido, por exemplo numa biblioteca, cinema ou consultório médico? _____
   0. Não.
   1. Sim.

3. Dos cigarros que fuma diariamente, qual o que mais lhe satisfaz? _____
   0. Qualquer outro que não o primeiro da manhã.
   1. O primeiro da manhã.

4. Quantos cigarros fuma por dia? _____
   0. 1-15.
   1. 16-25.
   2. Mais que 26.

5. Fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia? _____
   0. Não.
   1. Sim.

6. Fuma mesmo quando está doente e fica de cama a maior parte do dia? _____
   0. Não.
   1. Sim.

7. A marca de cigarros que fuma tem um teor de nicotina baixo, médio ou alto? _____
   0. Baixo.
   1. Médio.
   2. Alto.

8. Com que frequência inala / engole o fumo do seu cigarro? _____
   0. Nunca.
   1. Algumas vezes.
   2. Sempre.

BALANÇO DECISÓRIO – BD

Velicer, Diclemente, Prochaska e Brandenburg (1985)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

As seguintes afirmações representam diferentes **argumentos a favor e contra o tabagismo**. Por favor, para cada afirmação **classifique a importância** que elas têm **para a sua decisão de fumar ou de parar de fumar**. Marque uma cruz (X) em cada afirmação, de acordo com uma escala de cinco pontos.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Fumar cigarros é agradável.					
2. Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir óptimo(a).					
3. Quando estou a fumar fico descontraído(a) e, consequentemente, mais satisfeito(a)					
4. Gosto da imagem do fumador de cigarros.					
5. O meu cigarro pode afectar a saúde de outras pessoas.					
6. Neste momento, eu seria mais enérgico(a) se não fumasse.					
7. Se tentar parar de fumar, poderei tornar-me uma pessoa irritável e uma má companhia.					
8. As pessoas que me são próximas iriam sofrer se eu adoecesse por causa do tabaco.					
9. A minha família e amigos gostam mais de mim quando estou satisfeito(a) a fumar, do que quando estou de mau humor tentando parar.					
10. Como continuo a fumar, algumas pessoas conhecidas acham que não tenho força para parar.					
11. Fumar é perigoso para a minha saúde.					
12. Estou embaraçado(a) por ter de fumar.					
13. O fumo do meu cigarro incomoda as outras pessoas.					
14. As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar.					
15. Gosto mais de mim quando fumo.					
16. Fumar ajuda-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho.					
17. Fumar alivia a tensão.					
18. As pessoas que me são próximas desaprovam o facto de eu fumar.					
19. Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros.					
20. A opção de fumar faz-me sentir que posso tomar as minhas próprias decisões.					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

ESCALA DE HORN-WAINGROW – HWS

Ikard, Green e Horn (1969)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

Considerando as seguintes afirmações, avalie até que ponto elas **caracterizam o seu comportamento habitual**. Faça uma cruz (X) na sua opção, recorrendo a uma escala de cinco pontos.

	Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	raramente	Nunca
	5	**4**	**3**	**2**	**1**
1. Fumo para me estimular, para me arrebitar.					
2. Dei por mim com um cigarro na boca e não me lembro de o ter lá posto.					
3. Quando estou a tentar resolver um problema, acendo um cigarro.					
4. Quando estou a fumar, parte do prazer é olhar para o fumo que deito para fora.					
5. Sinto bastante as ocasiões em que não estou a fumar.					
6. Parte da minha satisfação em fumar advém do ritual de acender o cigarro.					
7. Quando estou em baixo ou não quero pensar em preocupações, fumo um cigarro.					
8. Fumo automaticamente sem sequer me aperceber.					
9. Fumo para evitar ir-me abaixo.					
10. Fico roído(a) de desejo por um cigarro quando já não fumo há algum tempo.					
11. Quando me sinto desconfortável ou preocupado(a) com alguma coisa, acendo um cigarro.					
12. Segurar no cigarro faz parte do prazer que tenho em fumá-lo.					
13. Entre dois cigarros, fico com tal desejo que só um cigarro pode satisfazer.					
14. Acendo um cigarro quando me sinto zangado(a) com alguma coisa.					
15. Acendo um cigarro sem dar conta que ainda tenho outro a arder no cinzeiro.					
16. Acho os cigarros agradáveis.					
17. Quando me sinto embaraçado(a) ou envergonhado(a) com alguma coisa, acendo um cigarro.					
18. Quando fico sem cigarros, só sossego quando os consigo arranjar.					
19. Quando estou preocupado(a), poucas coisas ajudam mais que os cigarros.					
20. Fumo só por hábito, sem realmente desejar fumar o cigarro que tenho na boca.					
21. Fumar é agradável e relaxante.					
22. Não me sinto bem durante muito tempo sem fumar.					
23. Fumo para me por bem-disposto(a).					
	5	**4**	**3**	**2**	**1**

AUTO-EFICÁCIA / TENTAÇÃO – AE

Diclemente (1981)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

Em baixo estão descritas situações que podem levar as pessoas a fumar. Gostaríamos de saber **qual o nível de confiança que tem de conseguir evitar fumar** em cada uma das seguintes doze situações. Por favor, responda às seguintes questões usando uma escala de sete pontos.

Consigo evitar fumar…

Situação	Completamente inseguro(a)		Nem seguro(a), nem inseguro(a)				Completamente seguro(a)
	Nível de confiança						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando estou só e deprimido(a).							
2. Quando estou nervoso(a).							
3. Com amigos(as) numa festa.							
4. À hora do café, enquanto falo e descontraio.							
5. Com o meu cônjuge ou amigo(a) íntimo(a) que está a fumar.							
6. No trabalho, quando estou sob alguma pressão.							
7. Num bar ou descontraído(a) a tomar um aperitivo.							
8. Quando acordo de manhã e tenho um dia duro pela frente.							
9. Quando estou alegre e a festejar.							
10. Quando estou aborrecido(a) e não tenho nada para fazer.							
11. Se passasse por uma crise emocional, como um acidente ou a morte de um familiar.							
12. Quando me apercebo que estou a ganhar peso.							
	1	2	3	4	5	6	7

PROCESSOS DE MUDANÇA – PM

Prochaska, Velicer, Diclemente e Fava (1988)

Versão portuguesa preparada por

Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

INSTRUÇÃO

As seguintes situações podem influenciar os hábitos de fumar de algumas pessoas. Pense em **situações parecidas que possam estar a ocorrer consigo ou tenham ocorrido nos últimos tempos**. Depois, classifique a frequência desse acontecimento numa escala de cinco pontos.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Quando estou tentado(a) a fumar, penso em outra coisa qualquer.					
2. Digo a mim mesmo(a) que posso deixar de fumar se quiser.					
3. Já reparei que os não fumadores estão a defender os seus direitos.					
4. Recordo-me de informações que me deram, sobre os benefícios de deixar de fumar.					
5. Penso que as pessoas me ficarão gratas se eu não fumar.					
6. Dei por mim a pensar que o fumo dos cigarros está a poluir o ambiente.					
7. Sensibilizam-me avisos acerca dos riscos de fumar.					
8. Fico preocupado(a) quando penso no meu hábito de fumar.					
9. Desfaço-me das coisas que tenho em casa ou no trabalho que me fazem lembrar de fumar.					
10. Tenho alguém que me ouve quando preciso de falar do meu hábito de fumar.					
11. Penso em informações de artigos e anúncios sobre como parar de fumar.					
12. Considero que fumar pode ser prejudicial para o ambiente.					
13. Digo a mim mesmo que, se tentar com força suficiente, consigo evitar fumar.					
14. Acho que a sociedade tem mudado de maneira a tornar as coisas mais fáceis para os não fumadores.					
15. A minha necessidade de cigarros faz-me sentir desapontado(a) comigo.					
16. Tenho alguém com quem posso contar quando estou a ter dificuldades com o tabaco.					
17. Faço outra coisa qualquer quando preciso de relaxar ou estou sob tensão, em vez de fumar.					
18. Os avisos sobre o hábito de fumar mexem comigo.					
19. Em minha casa ou no trabalho, tenho coisas que me lembrem de não fumar.					
20. Se eu não fumar, as pessoas felicitam-me.					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo 5 - Consentimento informado

ESTUDO SOBRE HÁBITOS TABÁGICOS

Miguel Trigo, Evangelista Rocha e Danilo Silva

Lisboa, Setembro, 2003

CONSENTIMENTO INFORMADO

Na vida quotidiana, é frequente algumas pessoas desenvolverem o hábito de fumar, enquanto outras nunca fumam durante a sua vida. O presente estudo, pretende investigar o motivo destas diferenças, bem como a prevalência do tabagismo na população portuguesa.

A sua colaboração é imprescindível, não só para uma compreensão mais exacta destes mecanismos, mas também para ajudar as pessoas a não fumar. **Os dados recolhidos são anónimos e a sua participação é voluntária. As pessoas que, inicialmente, aceitarem integrar o estudo, podem dele desistir a qualquer momento.**

Não serão cruzados dados ou outras informações, além das que agora lhe colocamos. A presente investigação não está a ser conduzida pelo INETI, sendo esta Instituição apenas mais um dos locais para recolha da amostra.

Os investigadores garantem que todos os procedimentos utilizados no decurso do estudo, respeitam os mais escrupulosos princípios éticos, deontológicos, profissionais, clínicos e humanos. A garantia da utilidade das práticas utilizadas, a competência dos técnicos e o sigilo/confidencialidade das informações recolhidas serão sempre salvaguardados.

O tratamento de dados a efectuar, após a respectiva codificação, garante em absoluto o anonimato de todos os participantes e apenas temos como objectivo a investigação e divulgação de achados científicos pertinentes.

Agradecemos a sua participação.

Equipa:
Dr. Francisco Castro - Director do Posto Médico do INETI.
Enf. Ernestina Martins - Enfermeira do Posto Médico do INETI.

Doutor Danilo Silva - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
Doutor Evangelista Rocha - Faculdade de Medicina de Lisboa.
Dr. Miguel Trigo - Investigador.

Contactos:
Instituto Nacional de Engenharia e Tecnologia Industrial - INETI.
Posto Médico
Tel.: 217 165 141 (*ext.* 2665) / Fax: 217 160 901.

BENEFÍCIOS EM DEIXAR DE FUMAR

Se fuma, estes factos podem encorajar a PARAR

Benefícios para a saúde física	**20 minutos após parar**	Pressão arterial baixa e volta ao normal.
		Pulsação baixa e volta ao normal.
		Temperatura das mãos e pés sobe e volta ao normal.
	… 8 horas	Nível de monóxido de carbono baixa e volta ao normal.
		Nível de oxigénio no sangue aumenta e volta ao normal.
	… 24 horas	O risco de ataque do coração começa a diminuir.
	… 48 horas	As terminações nervosas recomeçam a crescer.
		Capacidade olfactiva e gustativa começam a aumentar.
	… 2 semanas a 3 meses	Circulação melhora.
		Função pulmonar aumenta até 30%.
	… 1 – 9 meses	Tosse, fadiga e falta de ar diminui.
		Redução das infecções pulmonares.
	… 1 ano	Risco de doença coronária é 50% da que tem o fumador.

Benefícios gerais	Melhoria imediata da saúde.	**PARAR de fumar antes dos 50 anos, reduz 50% o risco de morte nos próximos 15 anos.**
	Maior resistência à actividade e exercício físicos.	
	Redução do risco de:	
	• Morte prematura.	
	• Doenças cardiovasculares e pulmonares.	
	• Cancros dos aparelhos respiratório, digestivo e urinário.	
	• Problemas na gravidez e na saúde do feto.	

Benefícios pessoais	Aumento da energia e sensação de bem-estar.	**Os benefícios em PARAR de fumar excedem de longe o desconforto inicial !**
	Hálito, roupas e ambiente sem odor a tabaco.	
	Maior disponibilidade financeira para outros projectos.	

Para mais informações ou ajuda para deixar de fumar, **contacte o seu médico assistente**.

Anexo 6 - Autorização para utilização do *Beck Depression Inventory*®

FEE PERMISSION AGREEMENT – TRANSLATION

This Agreement entered into as of October 20, 2006, between Harcourt Assessment, Inc., at 19500 Bulverde Road, San Antonio, Texas 78259 (herein "Publisher") and

NAME: Miguel Trigo
c/o Danilo Silva
ADDRESS: R. Musas, n.° 20502, 1 ° Dto.
Parque das Nações
Lisboa 1990-165
Portugal

(herein "Licensee"), WITNESSETH:

WHEREAS the Publisher is the publisher of the ***Beck Depression Inventory® (BDI®)*** (herein the "Work(s)"); and

WHEREAS the Licensee wishes **to translate the *BDI* items from the book "Cognitive Therapy of Depression"** the Work(s) into **Portuguese** for administration to subjects for Licensee's doctoral research focusing on emotional risk factors associated with smoking habits (herein the "Licensed Use").

NOW, THEREFORE, the Publisher and the Licensee agree as follows:

1. The Licensee may either produce, have produced, and/or distribute such translations of the Work(s) specified above, solely for the Licensed Use and subject to the terms and conditions of this Agreement.

2. The Work(s) shall be identified by title on any reproduction unless otherwise expressly provided in this Agreement.

3. The Licensed Use specifically excludes the right to print, copy or distribute in any form, or to translate, adapt or revise, or to exhibit, represent, record or reproduce any portion of the Work(s), either separately or as part of any other larger publication, except as otherwise expressly provided herein. Licensee agrees to abide by federal copyright, patent, and trademark laws or such other laws as governed by the Berne Convention, whichever is relevant to Licensee's country.

   The Licensee will take all necessary precautions to safeguard all test materials by limiting access to only those individuals or agencies with a responsible, professional interest in the test's security.

4. Licensee shall submit to the Publisher a copy of the translation and back translation (including any proposed special directions or modifications to directions for administering), indicating contemplated design and format, and shall not produce or have produced such edition without approval of content and design in writing from the Publisher. Publisher agrees to review such

copy and to indicate approval or make recommendations for changes within fifteen (15) days of its receipt.

5. It is understood and agreed that no commercial use, other than as described herein, may be made of the Work(s) or the translation authorized herein.

   a. In order to assure that the Licensee's procedures and materials used in connection with the Works are in accordance with applicable professional standards and with the high quality of the Tests, the Licensee agrees to institute appropriate procedures in its Test administration, processing, scoring and reporting, including without limitation the following:

   (i) establishing procedures, substantially similar to those required under APA-AERA-NCME Standards for Educational and Psychological Tests;

   (ii) ensuring that all score reports and written interpretations of same, whether contained on the report forms themselves or on accompanying written materials, will: (A) be consistent with accepted professional standards including, without limitation, the APA-AERA-NCME Standards for Educational and Psychological Tests; and (B) contain complete identification information including the Test name, the date on which it was given, its edition, its level and form, and appropriate labeling of subtest and total scores.

   (iii) ensuring availability of qualified personnel to assist users in the proper interpretation and use of the Works and if necessary, the appropriate level of action will be taken with regard to test results.

   b. In addition, the Licensee agrees that the Publisher may, at any time during the term hereof and in its sole discretion, require the Licensee to submit a written statement of Licensee's procedures in connection with its Test administration, scoring and reporting and copies of Licensee's forms, formats, and other materials used by Licensee in its Test administration, scoring and reporting, and such other information and materials relevant to Licensee's use of the Tests as the Publisher may reasonably request to assure such quality.

6. All rights in the Work(s) not granted to the Licensee by this Agreement are expressly reserved to the Publisher.

7. a. The License granted herein shall be for a period commencing with the date first stated above and terminating **October 19, 2007**, whereupon the Licensed Use shall cease. Licensee must obtain written permission for any extension of this Agreement.

   b. This Agreement may be terminated by either the Publisher or the Licensee upon giving the other party thirty (30) days prior written notice.

8. Published reports of the Licensed Use shall not include reproduction of actual test items or answers unless separate permission is granted in an addendum to this Agreement.

9. Any reproduction of any portion of the Work(s) or subsequent reference to the Work(s) in reports/articles resulting from the Licensed Use herein shall bear the following notices:

   Beck Depression Inventory. Copyright © 1978 by Aaron T. Beck. Portuguese translation copyright © 2006 by Aaron T. Beck. Translated and reproduced with permission of publisher, Harcourt Assessment, Inc. All rights reserved.

   "Beck Depression Inventory" and *"BDI"* are trademarks of Harcourt Assessment, Inc. registered in the United States of America and/or other jurisdictions.

10. Notices shall appear on the title page (or reverse side of the title page), of each copy of any reproduction of the Work(s), or, if the Work(s) are reproduced as part of a larger publication, at the foot of the first page on which the Work(s) are reproduced. Minor rearrangements of the above format may be made in publications for purposes of editorial uniformity, but all the components must be included.

11. If this Agreement covers more than one Work, the above model of notice of permission shall be used separately for each separate Work being reproduced, unless a combined form of notice is specifically approved in writing by Publisher.

12. In any published or unpublished reports of the Licensed Use authorized under this Agreement, a specific acknowledgement of the permission shall be made, including reference to the full title of the Work(s), the copyright notice, the author, and the Publisher.

13. Upon execution of this Agreement, Licensee agrees to pay a non-refundable up-front license fee of Nine Hundred Ninety Dollars ($990.00) (900 reproductions/administrations x $1.10 per reproduction/administration)[1], such fee due and payable upon the execution of this agreement. Publisher shall bill Licensee and Licensee shall pay for the license fees within thirty (30) days of receipt of an invoice from Publisher. If additional reproductions above those authorized in this agreement become necessary, Publisher must be contacted in advance.

14. The Licensee shall send the Publisher one (1) copy of the Licensed Use reproduced from the Work(s) under this Agreement. Upon reasonable written notice to the Licensee, the Publisher will have the right, not more than once each year, to examine the books and records of the Licensee concerning the Licensed Use of the Work(s), such examination to be during normal business hours and at the place where the Licensee ordinarily maintains its books and records.

15. The License granted herein is non-exclusive and non-transferable to any third party without written permission from the Publisher.

16. The representative of the Licensee whose signature appears in this Agreement represents and warrants that he has full power to enter into this Agreement.

1 A 50% Student Discount has been applied.

17. The Licensee acknowledges and agrees that the rights granted under this Agreement by the Publisher do not extend to any material included in the Work(s) which is permissioned from a third party. The Licensee is fully responsible for obtaining any necessary permissions from the copyright holder for any third-party material.

18. This Agreement shall become effective only if it is executed by the Licensee within thirty (30) days of the effective date shown above.

19. This instrument contains the entire agreement between the parties and there are merged herein all prior and collateral understandings and agreements. No amendment or modification of this Agreement shall be valid unless in writing and signed by both parties.

20. Regardless of the place of its physical execution or performance, this Agreement shall be governed by and interpreted under the laws of the State of Texas, U.S.A.

MIGUEL TRIGO

Miguel Trigo. 02.11.2006
Name Date
Miguel Trigo
Printed Name
Master degree
Title

DANILO SILVA

Name Date
Danilo Rodrigues Silva 02.11.2006
Printed Name
Full Professor at University of Lisbon
Title

HARCOURT ASSESSMENT, INC.

11-15-06
Aurelio Prifitera, Ph.D. Date
Publisher

Received
11 08 06
Legal Department

Anexo 7 - Autorizações para recolha de dados

SÃVIDA
Medicina Apoiada, S.A.
EDP
Conselho de Administração

Sede Social: Novo Endereço
Praça Marquês de Pombal, 13 - 6º
1250 - 162 LISBOA

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
A/c.Sr. Prof.Dr. Danilo Silva
Alameda da Universidade
1649-013 LISBOA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
		152/CA	***2003.10.28***

Assunto ***Pedido de recolha de dados.***

Exmos. Senhores,

Relativamente à vossa carta de 2003-10-14, sobre o assunto em epígrafe, vimos informar o nosso acordo ao pretendido, devendo ser contactado o Gabinete da Medicina do Trabalho (Director do Gabinete Dr. Augusto Brito) para efeitos de implementação desta cooperação.

Com os nossos melhores cumprimentos.

SÃVIDA-Medicina Apoiada, S.A
Conselho de Administração

MOD. 001

DECLARAÇÃO

A Direcção do Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias autoriza o docente Artur Miguel Trigo Cândido da Silva de Jesus a recolher dados de investigação, junto dos estudantes das licenciaturas em Psicologia, no âmbito do seu projecto de Doutoramento intitulado – "*Factores psicossociais de risco da doença das artérias coronárias. O caso particular do tabagismo*".

Lisboa, 28 de Outubro, 2002.

A Direcção do Departamento,

(Dra. Isaura Lourenço)

Av. do Campo Grande, 376
1749-024 Lisboa - Portugal
Telefone. 21 751 55 00
Fax. 21 757 70 06
email: informacoes@ulusofona.pt
www.ulusofona.pt

*

* *