

Preditores da Morbidade Psicológica em Fumantes, motivados para deixar de fumar, e em Abstinentes

Predictors of Psychological Morbidity in Smokers, motivated to stop smoking, and Abstinent

Fernanda Afonso¹

Maria da Graça Pereira²

Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo estudar a morbidade psicológica, representações face ao tabaco, coping e suporte do parceiro em fumantes motivados para deixar de fumar e abstinentes. Participaram no estudo 106 fumantes e 68 abstinentes. Todos os fumantes encontravam-se em lista de espera para deixar de fumar e os abstinentes estavam sem fumar há pelo menos 3 meses. A amostra foi recolhida num hospital central e numa empresa privada no norte de Portugal. Os resultados mostram, nos fumantes, mais sintomas depressivos, mais coping de atenção e representações mais ameaçadoras, quando comparados com os abstinentes. Estes últimos revelam mais suporte positivo do parceiro para deixar de fumar quando comparados com os fumantes. Nos fumantes, ser mulher, a idade, o suporte negativo do parceiro, a coerência e a ansiedade-traço são preditores de depressão. Por sua vez, a depressão, a duração do consumo e a representação emocional do tabaco são preditores da ansiedade. Nos abstinentes, ser mulher, as consequências e a ansiedade foram preditores de depressão. De acordo com os resultados é importante que a intervenção na cessação tabágica tenha em conta a morbidade psicológica.

Palavras-chave: Tabagismo, Morbidade psicológica, Coping, Representações, Suporte do parceiro.

ABSTRACT

This study examines psychological morbidity, tobacco representations, coping and partner support in smokers motivated to quit smoking and abstinent. 106 smokers and 68 abstinent participated in the study. All smokers were on a waiting list to stop smoking and abstinent have been without smoking for at least three months. The sample was collected

¹ Doutoranda em Psicologia da Saúde, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Campus de Gualtar, 4710-057, Braga, Portugal. Email: fernandafonso@gmail.com

² Professora Associada da Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Campus de Gualtar 4710-057 Braga, Portugal. Email: gracep@psi.uminho.pt

in a central hospital and a private enterprise in the north of Portugal. Results showed, in smokers, more depressive symptoms, more attention coping and more threatening representations when compared to abstinent. Abstinent revealed more positive partner support to quit smoking. In smokers, be a woman, age, negative partner's support coherence and trait-anxiety were the best predictors of depression. On the other hand, depression, duration of tobacco consumption and emotional representations were predictors of anxiety. In abstinent, be a woman, consequences and anxiety are the best predictors of depression. According to the results it is important that interventions for smoking cessation include psychological morbidity.

Keywords: Smoking, Psychological morbidity, Coping, Representations, Partner support.

Introdução

Fumar é um grave problema de saúde que se vai incrementando, a pouco e pouco, desde que se provam os primeiros cigarros, na infância e adolescência até à juventude ou idades mais tardias (Becoña, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) continua a considerar o consumo de tabaco como a principal causa evitável de doença e morte prematura (Macedo & Precioso, 2004). Os riscos para a saúde devidos à exposição voluntária/involuntária do fumo do tabaco são significativos, estão bem estabelecidos, e são suscetíveis de serem totalmente prevenidos (Macedo & Precioso, 2004). De acordo com a International Agency for Research on Cancer, IARC, (2004) se não houver uma alteração aos padrões de consumo atuais a nível mundial estima-se que o número de fumantes passe de 1,2 bilhões, no ano 2000, para 1,6 bilhões em 2030 e que o número de mortes anuais atribuídas ao tabagismo aumente de 4,9 milhões para 10 milhões. O consumo do tabaco afeta, cada vez mais, populações dos países em desenvolvimento, onde se encontram atualmente 82% dos fumantes mundiais (cerca de 950 milhões de pessoas) (World Health Organization, 2008). Em Portugal dados do Inquérito Nacional de Saúde, INS, (Ministério da Saúde, 2008) realizado entre 2005 e 2006 revelaram que 20,9% da população com mais de 15 anos de idade era fumante à data da entrevista (sexo masculino: 30,9%; sexo feminino: 11,8%) e que 18,7% fumava diariamente. Em média, os homens fumavam mais cigarros por dia (20 cigarros) do que as mulheres (13 cigarros).

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública dada a composição do tabaco e as suas consequências para a saúde, nomeadamente ao nível da dependência. O fumo do tabaco contém nicotina, bem como um conjunto de substâncias químicas, tais

como alcatrão, monóxido de carbono acetaldeído e nitrosamina que criam uma forte dependência física e psicológica (Fagerström & Balfour, 2006; Jain, 2003). A dependência física caracteriza-se, entre outros sintomas, pela síndrome de privação do qual fazem parte uma sensação de “craving” (desejo de fumar) (Martinet & Bohadana, 2003). A dependência psicológica caracteriza-se, de uma forma geral, pelo reforço positivo resultante do prazer de fumar e da sensação de melhoria das capacidades cognitivas (Lagrué, Dupont, & Fakhfakh, 2002). Além da dependência, o tabagismo provoca um conjunto de doenças físicas no ser humano, produz morbidade e mortalidade significativas através de efeitos graves sobre a saúde (Macedo & Precioso, 2004). Não só a nicotina é responsável pelos problemas de saúde, mas toda uma panóplia de mais de 4000 componentes tóxicos que se encontram no fumo do tabaco, dos quais 40 são de carácter carcinogênico. No que diz respeito aos malefícios, do ponto de vista físico, os efeitos do consumo do tabaco são cada vez mais reconhecidos quer no homem quer na mulher. Sabe-se que o risco de morte súbita é quatro vezes maior nos fumantes do que em não fumantes (Rosas & Baptista, 2002) e que cerca de 90% das doenças do foro oncológico, 25% de doenças cardiovasculares, 80% de patologia respiratória crônica são resultantes do consumo tabágico (Afonso, Melo, & Ramalhão, 1999; Joseph & Fu, 2003). Entre muitos problemas associados ao consumo do tabaco destacam-se hipotonia muscular, diminuição dos reflexos tendinosos, aumento do ritmo cardíaco, da frequência respiratória e da tensão arterial, aumento do tónus do organismo, irritação das vias respiratórias, aumento da mucosidade e dificuldade em eliminá-la, inflamação dos brônquios (bronquite crônica), obstrução crônica do pulmão (enfisema pulmonar), aterosclerose, transtornos vasculares (e.g., trombose e enfarte do miocárdio), redução da fecundidade e crescimento reduzido do feto, entre outras (Farrow & Samet, 1991; Valero & Ciscar, 2002; Eriksen & Mckay, 2002; Martinet & Bohadana, 2003). Em fumantes crônicos podem surgir úlceras digestivas, faringite e laringite, afonia e alterações do olfato, pigmentação da língua e dos dentes, disfunção das papilas gustativas, problemas cardíacos, má circulação (que pode levar à amputação), cancro do pulmão, de estômago e da cavidade oral (Martinet & Bohadana, 2003).

Fumar depende, não só, dos hábitos de vida dos indivíduos mas também de fatores biológicos (predisposição genética, respostas fisiológicas), psicológicos (necessidade de auto-afirmação, auto-estima, necessidade de desafio pessoal, situações

do dia-a-dia) e sociais (pressão de pares, influência de colegas do círculo social, eventos sociais, integração social, *glamour* do cigarro) que intervêm no processo de iniciação e manutenção do comportamento tabágico (Baena, 2006). Estes mesmos fatores podem também ser maus preditores no processo de mudança de comportamento e manutenção da abstinência tabágica. Em relação à mudança de comportamento tabágico os motivos apresentados referem-se a questões de saúde (doenças do foro respiratório) e questões psicossociais (e.g. pressão de pares, razões económicas) (Ellickson, Tucker, & Klein, 2001; Hagimoto, Nakamura, Morita, Masui, & Oshima, 2010). Diversos estudos debruçaram-se sobre os preditores de mudança em diferentes tipos de comportamentos de saúde (e.g. prevenção de doença, estilo de vida saudável, prática de exercício físico), mas no que se refere ao tabagismo, este parece ser um dos comportamentos mais resistentes à mudança. As razões que reforçaram esta dificuldade têm vindo a ser bem documentadas, não só pelo tipo de comportamento, mas sobretudo pela dependência física que a nicotina provoca no organismo (Guerra, Queirós, Torres, Vieira, & Branco, 2008). Por outro lado, verifica-se a resistência para deixar de fumar e que tem a ver com o medo de ganhar peso, medo de fracasso e síndrome de abstinência (Guerra et al., 2008). Não só a manutenção do consumo tabágico, mas também a mudança de comportamento ou até mesmo as tentativas prévias, associam-se a muitos fatores, entre os quais se destacam alguns de carácter pessoal, estados de humor, estratégias de coping e apoio do parceiro. Estas variáveis têm um papel activo neste comportamento aditivo e são importantes para o fumante com vista ao sucesso da desabitação tabágica.

Ao nível da dependência tabágica verifica-se uma associação com as representações face ao tabagismo. Alguns estudos apontam a importância das representações, e crenças, junto de fumantes, e abstinentes, logo cedo na adolescência evidenciando a importância dos pares e amigos na iniciação ao tabagismo, bem como o sentimento de pertença a grupos representativos levando à sua inserção em grupos fumantes (Breakwell, 1997; Lucas & Lloyd, 1999). Muitos fumantes não reconhecem ter um problema de saúde, minimizam a importância da sua dependência, recusam a sua própria vulnerabilidade à doença ou evocam exemplos de pessoas conhecidas que adoeceram sem nunca terem fumado (representações desajustadas acerca do problema) (Trigo, 2005). Embora a percepção da doença se encontre estreitamente relacionada com o aparecimento de sintomatologia (Bishop, 1991), na realidade, os sintomas da existência

de doença relacionada com o consumo tabágico surge muitas vezes de forma silenciosa. Desta forma, a representação da doença para o fumante é efetuada sem o recurso a sintomas físicos, recorrendo apenas a mensagens sociais, e emoções associadas, não permitindo a mudança de comportamento (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Ao nível da cessação tabágica esta será mais efetiva se forem tidas em atenção as crenças e atitudes dos indivíduos (Puschel, Thompson, Coronado, Rivera, Diaz et al., 2006). A abstinência pode estar, por vezes, comprometida porque as pessoas não conseguem encontrar motivação para deixar de fumar, ou identificar ganhos importantes para si próprios se deixarem de fumar. Estes insucessos dão-se porque os aspetos relacionados com o início do comportamento tabágico são diferentes dos aspetos que o mantêm (Marlatt, Curry, & Gordon, 1988). A manutenção do comportamento abstinente representa para o indivíduo a apreciação do que pode ganhar com a mudança e a satisfação com esses mesmos ganhos. Desta forma os indivíduos estarão motivados para manter um comportamento abstinente enquanto considerarem que os ganhos se sobrepõem e justificam a mudança (Rothman, 2000).

Desde cedo, a literatura mostra uma relação entre o tabagismo e as estratégias de coping (Wesnes & Warburton, 1983), associando o consumo de tabaco a momentos de lazer e relaxamento, situações sociais ou situações de stress (Becoña, 2003). O coping também se mostra importante no processo de motivação para a eventual mudança de comportamento (Ntoumanis, Edmunds[^] & Duda, 2010). Na mudança do comportamento tabágico o coping assume um papel importante no estado da abstinência quando o indivíduo verifica que o uso do tabaco era um bom recurso como tendo efeitos positivos (Wesnes & Warburton, 1983) mas também com efeitos negativos para a sua saúde. Verifica-se que as estratégias de coping relacionadas com a promoção de comportamentos saudáveis, são preditores do sucesso ao nível das intervenções da cessação tabágica, e da prevenção de recaídas em momentos de *craving* (O'Connell, Hosein, Schwartz, & Leibowitz, 2007).

A literatura revela uma associação entre tabagismo e morbidade psicológica referindo uma diminuição de afetos e ou sentimentos negativos (Rondina, Botelho, & Goyareb, 2002) e uma redução da ansiedade, do stress e da severidade da depressão (Machain, Vélez, García, Lugo, García et al., 2008). Windle e Windle (2001) consideraram que o uso do tabaco auxiliava a lidar com sentimentos de tristeza ou humor negativo, já

que a nicotina alterava neuroreguladores como a acetilcolina, dopamina e norepinefrina afetando mecanismos reforçadores associados à regulação do humor. A nicotina também é usada para compensar estados de ansiedade-estado (Becoña, Vasquez, & Miguez, 2002). Na cessação tabágica verifica-se a presença de queixas de humor deprimido/disforia, ansiedade, irritabilidade, inquietação, insônia, raiva/frustração, dificuldades de concentração e ansiedade como um sintoma da síndrome de privação de nicotina (American Psychiatric Association, 2002). A intervenção deve ter em conta a mitigação dos sintomas depressivos, sendo que as intervenções de caráter comportamental se mostram como as mais indicadas (MacPherson & Myers, 2010). Durante a mudança de comportamento verifica-se que indivíduos com índices de ansiedade apresentam maior dificuldade na adesão à mudança de comportamento do que indivíduos sem índices de ansiedade (Becoña et al, 2002). Assim, alguns autores afirmam que o uso da nicotina tem vindo a ser relacionado com uma redução da ansiedade e da depressão (e.g., Machain et al., 2008).

Estudos revelam que diferentes fases do comportamento tabágico: iniciação, manutenção e cessação podem ser fortemente influenciadas por membros familiares (Prochaska & DiClemente, 1982). O parceiro pode influenciar a intenção do fumante para deixar de fumar (Rüge, Ulbricht, Schumann, Rumpf, John, & Meyer, 2008) ou mesmo ter um papel decisivo na mudança de comportamento tabágico (Homish & Kenneth, 2005). Além disso também se verifica que pessoas que fumam, e estão casadas com não-fumantes, têm maior probabilidade de deixar de fumar face aos solteiros, viúvos e divorciados (Park, Tudiver, Schultz, & Campbell, 2004). O suporte de um elemento do casal é importante nas várias fases do comportamento tabágico, em particular na mudança de comportamento tabágico (Nollen, Catley, Davies, Hall, & Ahluwalia, 2005).

O presente estudo pretendeu comparar fumantes e abstinentes, ao nível da morbidade psicológica, coping, representações face ao comportamento tabágico e suporte do parceiro; analisar a relação entre o coping, morbidade psicológica e dependência nicotínica; avaliar diferenças ao nível do suporte do parceiro em função deste fumar ou não, e conhecer os preditores da depressão e ansiedade em fumantes e abstinentes.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 106 fumantes (65,1% homens, 34,9% mulheres) e 68 abstinentes (há pelo menos 3 meses) (41,2% homens e 58,8% mulheres). A maioria dos fumantes fumava há mais de 3 anos e a idade mais frequente para começar a fumar situou-se entre 16 e 24 anos. Além disso, 36,8% efetuaram pelo menos duas tentativas para deixar de fumar sem sucesso. Na amostra, 98% nunca frequentou qualquer tratamento para deixar de fumar e que 67% dos fumantes tinha um parceiro/a que não fumava. O grupo mais numeroso pertence ao intervalo de idades (20-30 anos) com 43,3%, logo seguido do intervalo (31-40 anos) com 35,8%.

Em relação aos abstinentes, o grupo mais numeroso (35,2%) encontra-se no intervalo de idades (41-50 anos) seguido do intervalo (31-40) com 32,4%. A maioria dos inquiridos começou a fumar entre os 7 e 16 anos. 64,7% efetuaram pelo menos 1 tentativa para deixar de fumar, sendo o tempo mínimo de abstinência de pelo menos 3 meses. De referir que todos os abstinentes frequentaram tratamentos para deixar de fumar, i.e., tratamento médico e/ou psicológico (consulta de desabitação tabágica). Os critérios de inclusão para a amostra foram: ter mais de 18 anos, ser fumante diário e estar inscrito na consulta de desabitação tabágica. Os abstinentes tinham que ter deixado de fumar há pelo menos 3 meses.

Procedimento

Os participantes foram selecionados num hospital central e numa empresa privada. Os participantes foram selecionados a partir de uma reunião geral, em cada local, em que foram apresentados os objetivos do estudo. A participação dos sujeitos foi voluntária sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo. O preenchimento dos instrumentos efetuou-se num momento único.

Instrumentos

- *Ways of Coping Questionnaire* (Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981, adaptação de Pereira & Machado, 2006). O instrumento é constituído por 2 subescalas, coping de atenção e coping de evitamento. Na versão adaptada, o alfa obtido para a escala de

coping de atenção foi de (.75), indicando uma boa consistência interna. Não foi considerada a escala referente ao coping de evitamento dado o valor de alfa obtido na nossa amostra ter sido inferior a .70. Um resultado elevado na escala indica mais coping.

- *Inventário de Beck para a Depressão (BDI)* (Beck, Ward & Mendelson, 1961, versão adaptada de McIntyre & McIntyre, 1995). Na nossa amostra o alfa obtido (.82), indica uma elevada consistência interna dos itens. Um resultado elevado indica presença de sintomatologia depressiva.

- *State Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão de Investigação de McIntyre & McIntyre, 1995). Esta escala é composta por duas subescalas: a escala de ansiedade estado (STAI form Y-1) e a escala de ansiedade traço (STAI form Y-2) Os valores de alfa encontrados na nossa amostra foram de .90 para a escala de Estado e de .82 para a escala Traço. Um resultado elevado indica presença de sintomatologia ansiosa.

- *Illness Perception Questionnaire-R* (Wienman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996, adaptação de Figueiras, 1999). Este instrumento é constituído 9 dimensões cujos valores de alfa na nossa amostra foram de .69 para a subescala Duração (aguda/crônica); .75 para a subescala Consequências; .78 para a subescala Coerência da Doença; .80 para a subescala Representação Emocional; .75 para a subescala Causas; .63 para a subescala Duração Cíclica; .47 para a subescala Controlo Pessoal e .48 para a subescala Controlo de Tratamento. Visto que estas três últimas subescalas apresentavam um valor de alfa abaixo do aceitável, não foram utilizadas nos testes de hipóteses. De referir que no presente estudo se substituiu o termo “doença” por “consumo tabágico” para os fumantes, e por “a minha vontade de fumar” para os abstinentes. Um resultado elevado, nas várias dimensões do instrumento, significa o maior número de sintomas que o indivíduo associa ao tabagismo.

- *Partner Interaction Questionnaire* (Cohen & Lichtenstein, 1990, versão de investigação de Afonso & Pereira, 2006). Este instrumento é constituído por uma escala positiva (8 itens) e uma negativa (11 itens), que avaliam o apoio recebido, nos últimos 3 meses para deixar de fumar. Esta versão adaptada foi elaborada para uma amostra de fumantes e abstinentes e dado que estas duas amostras apresentam algumas diferenças, em particular o comportamento tabágico estar presente nos fumantes, e pertencer ao passado nos abstinentes, consideraram-se algumas modificações ao nível da tradução de

itens. Assim, o item 1 (*Complimented my not smoking*) foi adaptado e passa a ser: *Mostrou-se indiferente ao meu consumo de tabaco*; o item 6 (*Refused to let me smoke in the house*) passa a ser: *Enquanto fumante deixava-me fumar dentro de casa*; o item 7 (*Congratulated me for my decision to quit smoking*) para a ser: *Não acredita que algum dia tome a decisão de deixar de fumar*; o item 10 (*Celebrated my quitting with me*) passa a ser: *Não fez comentários negativos quando me via a fumar*. O item 7, originalmente pertencente à subescala positiva passa a estar na subescala negativa. Os restantes itens não foram alterados. Neste sentido quer fumantes, quer abstinentes, respondem aos mesmos itens do questionário. Os valores de alfa, na presente na amostra em estudo, foram de .74 para a escala positiva e .73 e para a escala negativa. Um resultado elevado significa maior apoio por parte do parceiro.

- *Teste de Dependência da Nicotina de Fagerström* (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991). Para o presente estudo foi utilizada a versão de 6 itens com vista a avaliar o grau presente de dependência de nicotina nos fumantes e nos abstinentes enquanto fumantes. O valor de alfa, na nossa amostra foi de .67. Em relação a estudos anteriores para avaliar a fidelidade do instrumento foram encontrados valores de .64 (Heatherton et al, 1991); .51 (Fagerström, 1978) e .55 (Lichtenstein & Mermelstein, 1986). Neste sentido decidimos usar o instrumento, dado o valor encontrado na nossa amostra (.67) ser superior ao da versão original e se encontrar muito próximo de .70. Um resultado elevado indica presença de dependência tabágica.

Análise de Dados

Com o objetivo de averiguar a existência de diferenças entre a morbidade psicológica (depressão e ansiedade), representações e suporte do parceiro (positivo e negativo), entre os grupos, recorreu-se ao uso de Manova para as subescalas e do teste t ao nível do coping. Para comparar fumantes e abstinentes ao nível do suporte do parceiro (suporte positivo e suporte negativo) em função deste fumar ou não recorreu-se à anova. Ao nível da predição da depressão e ansiedade foi efetuada uma regressão linear (método enter).

Resultados

Diferenças entre Fumantes e Abstinentes na Morbidade Psicológica, Coping, Representações do Tabaco e Suporte do Parceiro

Os resultados mostram que existem diferenças significativas ao nível da depressão, representações das consequências do consumo de tabaco, coping de atenção e suporte do parceiro (Tabela 1). Os fumantes apresentam mais sintomas depressivos relacionados com o seu consumo tabágico, mais coping de atenção e mais representações negativas face às consequências do tabaco, quando comparados com os abstinentes. Os abstinentes revelam mais suporte positivo do parceiro, indicando que receberam mais apoio positivo na mudança de comportamento.

Tabela 1. Resultados da Manova e t teste referente à Morbidade Psicológica, Coping, Suporte do parceiro e Representações face ao tabaco em função do grupo.

	Variáveis	Fumantes	Abstinentes	F (1,172)
		(N=106) M(DP)	(N=68) M(DP)	
B	Depressão	5.25 (5.00)	3.65(4.48)	4.583*
D	Ansiedade_Estado	34.37 (9.36)	33.34(10.58)	.453
I	Ansiedade_Traço	35.86 (8.87)	34.10(9.66)	1.516
P	Suporte_Positivo	17.44 (5.41)	23.32(6.44)	42.048***
I				
Q	Suporte_Negativo	20.28(8.92)	21.93(8.24)	1.493
	Consequências	19.55(4.10)	16.97(4.63)	14.753***
I	Duração	20.03(4.03)	19.71(4.20)	.256
P	Coerência	18.58(6.27)	16.85(5.19)	3.604
Q				
				t(172)
W	Coping_Atenção	4.53(2.84)	3.60(3.01)	.033*
C				
Q				

* $p < 0.05$; *** $p < 0.00$

Diferenças ao nível do Suporte do Parceiro em função deste Fumar ou Não

Foram encontradas diferenças ao nível do suporte do parceiro em quem tem um parceiro que fuma versus não fumante ($F(1,172) = .891$, $p < 0.00$). Assim, quem tem um parceiro que fuma recebe mais suporte negativo para deixar de fumar.

Preditores da Morbidade Psicológica no grupo dos Abstinentes e dos Fumantes

Os maiores preditores da depressão, nos fumantes, ao nível das variáveis demográficas, são ser mulher e a idade. Ao nível das variáveis psicológicas são o suporte

negativo do parceiro e a coerência associada ao tabaco. No grupo dos abstinente ser mulher, as consequências associadas ao tabaco e a ansiedade (traço e estado) mostram ser preditores de mais depressão (Tabela 2). Os maiores preditores da ansiedade-traço, nos fumantes, são a idade, a depressão, a duração e a resposta emocional, nos abstinente são ser homem, a depressão e as consequências associadas ao tabaco (Tabela 3). O maior preditor da ansiedade-estado, nos fumantes e abstinente, é a idade ($\beta=.271$, $p\leq.050$) e a depressão ($\beta=.487$, $p\leq.000$; $\beta=.568$, $p\leq.000$).

Tabela 2. Resultados da análise de Regressão Linear para a variável dependente Depressão nos Fumantes ($N=169$) e Abstinente ($N=68$).

Variáveis	Preditores da Depressão							
	Fumantes				Abstinente			
	R ²	B	SE B	β	R ²	B	SE B	β
Bloco 1	.257				.136			
Idade		.132	.051	.239*		.096	.057	.218
Estado civil		.729	.482	.137		-.309	.608	-.071
Sexo		-2.382	.945	-.228*		-2.895	1.408	-.321*
Habilitações literárias		1.422	.499	.264		.396	.586	.085
Duração do consumo		-2.498	1.416	-.160		-.372	.662	-.110
Parceiro fumar		-1.646	.889	-.170		.402	1.565	.038
Duração abstinência		-.073	.200	-.033		-.066	.606	-.022
				R² Adj.:.204				R² Adj.:.035
Bloco 2	.618				.558			
Idade		.119	.042	.215**		.029	.050	.066
Estado civil		.631	.380	.119		.212	.495	.048
Sexo		-2.204	.758	-.211**		-.350	1.179	-.039
Habilitações literárias		.453	.444	.084		.399	.491	.085
Duração do consumo		-1.487	1.131	-.095		-.490	.555	-.145
Parceiro fumar		-.592	.761	-.061		-.398	1.327	-.038
Duração abstinência		.026	.167	.012		.212	.518	.070
Coping_atenção		-.097	.132	-.055		.189	.158	.127
Suporte Negativo		.126	.063	.224*		.143	.074	.263
Suporte Positivo		-.082	.088	-.088		-.040	.092	-.057
Duração aguda		.050	.121	.041		-.021	.124	-.020
Consequências		.077	.101	.063		-.288	.132	-.298*
Coerência tabaco		.276	.117	.226*		.100	.147	.071
Representação emoc.		-.046	.081	-.058		.133	.097	.154
Depend nicotínica		-.035	.238	-.015		.154	.215	.088
Ansiedade traço		.283	.051	.502***		.190	.066	.411*
Ansiedade estado		.062	.044	.115		.149	.055	.352*
				R² Adj.:.544				R² Adj.:.408

* $p<0.05$; ** $p<0.001$

Tabela 3. Resultados da análise de Regressão Linear para a variável dependente Ansiedade-Traço nos Fumantes ($N=169$) e Abstinentes ($N=68$).

Variáveis	Preditores da Ansiedade-Traço							
	Fumantes				Abstinentes			
	R ²	B	SE B	β	R ²	B	SE B	β
Bloco 1	.105				.231			
Idade		.005	.100	.005		.180	.117	.190
Estado civil		1.018	.936	.108		-.472	1.237	-.050
Sexo		-1.389	1.835	-.075		-7.290	2.866	-.374*
Habilitações literárias		1.392	.969	.146		1.175	1.193	.116
Duração consumo		-3.789	2.751	-.137		.188	1.348	.026
Parceiro fumar		-3.299	1.727	-.193		-2.332	3.185	-.103
Tempo abstinência		-.174	.388	-.045		-1.095	1.234	-.167
				R² Adj.:.041				R² Adj.:.142
Bloco 2	.544				.552	.051		
Idade		-.183	.078	-.187*		-.088	.053	.053
Estado civil		-.228	.724	-.024		-3.776	-.009	-.009
Sexo		.760	1.447	.041		.348	-.194	-.194
Habilitações literárias		.634	.843	.067		.526	.034	.034
Duração consumo		-1.252	2.153	-.045		-1.240	.072	.072
Parceiro fumar		-2.719	1.358	-.159		1.100	-.114	-.114
Tempo abstinência		.104	.314	.027		-2.579	-.189	-.189
Depressão		1.130	.156	.638*		-.645	.510	.510*
Ansiedade-Estado		.275	.074	.291***		.303	.105	.332*
Coping atenção		.403	.247	.130		-.078	-.201	-.201
Suporte positivo		.041	.136	.025		-.347	-.052	-.052
Suporte negativo		-.099	.107	-.100		-.185	.146	-.158
Duração aguda		-.457	.204	-.208*		.505	-.151	-.151
Consequências		-.051	.175	-.024		.010	.242	.242*
Coerência doença		-.222	.211	-.103		-.050	.003	.003
Representação emoc.		.407	.138	.288*		.051	-.027	-.027
				R² Adj.:.473				R² Adj.:.434

*** $p < 0.000$; * $p < 0.05$

Discussão

No que diz respeito às diferenças, entre fumantes e abstinentes, ao nível da morbidade psicológica, coping, representações do tabaco e suporte de parceiro, verificam-se diferenças significativas. Os fumantes apresentam mais sintomas depressivos relacionados com o seu consumo tabágico. De fato, a literatura, revela uma associação entre tabagismo e depressão (Rondina, Botelho, & Goyareb, 2002) que referem uma diminuição de afetos e de sentimentos negativos associados ao uso do tabaco. Breslau, Novak, e Kessler (2004) também, referem uma associação positiva entre tabagismo e depressão/ ansiedade evidenciando que os fumantes tendem a amenizar o seu estado de humor negativo através de reforço negativo-fumar. Por sua vez, Windle e Windle (2001) consideraram que uso do tabaco ajuda a ultrapassar um sentimento de

tristeza, ou humor negativo, sendo que a nicotina altera neuroreguladores (como a acetilcolina, dopamina e norepinefrina) afetando mecanismos reforçadores associados à regulação do humor. Deste modo, os resultados remetem para a influência recíproca entre tabagismo e depressão, sendo que o primeiro afeta positivamente o segundo e vice-versa.

Paperwalla, Levin, Weiner, e Saravay (2004) referem o impacto neurobiológico da nicotina no cérebro e a sua relação com a depressão. Os resultados obtidos por estes autores apontam para a presença de maiores índices de depressão em fumantes, sublinhando, tal como em estudos anteriores (Breslau et al., 2004; Windle & Windle, 2001) que o tabaco poder ser utilizado para diminuir estados de humor depressivos, e aliviar sentimentos de tristeza, ou humor negativo. Há evidências que o uso de nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos o que, por sua vez, afeta circuitos neurais, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor (Windle & Windle, 2001; Leyro et. al., 2008). Mais do que uma relação unidirecional, tabagismo e depressão podem influenciar-se reciprocamente. Os fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sentimentos negativos e, por conseguinte, o uso do tabaco torna-se reforçador de melhor bem-estar. Contudo, ao não fumar, os fumantes podem ver aumentado o risco de sintomas de *craving* e, assim, aumentar a probabilidade de desenvolver sintomas depressivos e a sua predisposição para uma recaída (Windle & Windle, 2001).

No que diz respeito ao coping de atenção, os resultados indicam que os fumantes utilizaram mais estratégias de coping de atenção quando comparados com os abstinentes. Este resultado pode ser explicado pelo fato dos fumantes, neste estudo, possuírem uma grande motivação para deixar de fumar e se encontrarem em lista de espera para frequentar a consulta de desabitação tabágica para deixar de fumar. Destaca-se também que o fato de grande parte dos fumantes trabalharem numa empresa privada, que funciona por turnos, pode ter fomentado o uso do tabaco como uma estratégia para fazer uma pausa no trabalho, tal como referido por Warburton e Wesnes (1978) e Wesnes e Warburton (1983) que verificaram que fumar podia ser um bom recurso de coping em determinados contextos de trabalho, produzindo um efeito potenciador da concentração e atenção seletiva e aumento da produtividade.

Gilbert e McClernon (2000), por sua vez, referem o uso do tabaco como estratégia de coping para reduzir o humor negativo, o apetite através do aumento da estimulação

geral, capacidade cognitiva, prazer, etc. Esta associação pode permitir ao fumante que, sempre que o contexto o exija, use o tabaco como uma estratégia de coping de atenção. Ainda como estratégia de coping de atenção o fumante pode procurar informação acerca dos malefícios do tabaco, métodos para deixar de fumar e ajuda especializada com vista à mudança de comportamento tabágico. Estas estratégias de coping de atenção também se mostram importantes no processo de motivação para deixar de fumar (Ntoumanis, Edmunds[^] & Duda, 2010). Desta forma o coping de atenção parece ser um aspeto importante nos fumantes.

Verificou-se, também, que os fumantes apresentam mais representações negativas face às consequências do tabaco quando comparados com os abstinentes. Este resultado pode significar que o fumante, embora continue a fumar, tem uma representação negativa das consequências do seu comportamento, e dos riscos associados, o que vai ao encontro de Puschel et al. (2006) que verificaram que o sucesso da intervenção seria mais efetivo quanto as crenças do fumante. A abstinência está, por vezes, comprometida e falha porque as pessoas não conseguem encontrar motivação ou ganhos importantes para que se execute o comportamento. O insucesso acontece porque os aspetos relacionados com o início do comportamento tabágico são diferentes dos aspetos que o mantêm (Marlatt, Curry, & Gordon, 1988). Por sua vez, Trigo (2005) apresenta um fenómeno cognitivo designado de “duplo nó psicológico” que se verifica em fumantes regulares em que a gratificação imediata pelo uso do cigarro é confrontada pela escolha entre o prazer de fumar e o mal que provoca.

Estes dados remetem-nos para a ideia que, apesar de o uso do cigarro oferecer sensações de prazer e bem-estar, o indivíduo tem a noção dos seus malefícios reais. De acordo com Leventhal et al. (1992) o fumante interpreta o seu comportamento a partir dos sintomas que tem, como por exemplo, tosse, expetoração, dificuldade em respirar, cansaço ao efetuar esforços, envelhecimento da pele, entre outros, que associado a mensagens sociais presentes nos maços de tabaco ou através dos meios de comunicação social lhe permitem ter uma noção das consequências do perigo que o cigarro representa para a sua saúde. Esta resposta pode ser interpretada como uma ameaça à sua saúde e entendida como potenciadora de doenças graves, fazendo com que o fumante interprete o seu consumo tabágico com algum medo, ou com sentimentos de alguma impotência visto ser considerado um vício de difícil abandono e necessitar do

cigarro para manter o seu equilíbrio funcional (Breslau et al., 2004). Estes dados mostram que será importante, ao nível da intervenção, promover a desmitificação de crenças associadas ao tabaco e promover estratégias de educação para as consequências do tabagismo com vista à promoção da saúde em detrimento do consumo tabágico.

Os abstinentes revelam mais suporte positivo indicando que receberam mais apoio positivo para deixar e fumar quando eram fumantes. A literatura mostra-nos que o parceiro pode influenciar o indivíduo para deixar de fumar (Rüge et al., 2008) ou mesmo ter um papel decisivo na mudança de comportamento tabágico (Homish & Kenneth, 2005). O suporte fornecido por um dos elementos do casal é importante nas várias fases do comportamento tabágico, não só na fase inicial da decisão de mudança de comportamento, mas no momento para deixar de fumar (Nollen et al., 2005). Pode assim entender-se que, nos abstinentes, o suporte do parceiro foi uma variável importante quando deixaram de fumar. Isto remete-nos para a importância de incluir os parceiros nas intervenções para a cessação tabágica dado que este estudo se refere ao período em que os abstinentes ainda eram fumantes.

No que diz respeito ao suporte do parceiro em função do parceiro fumar ou não, quem tem um parceiro que fuma, independentemente de ser fumante ou abstinente recebeu mais suporte negativo para deixar de fumar. Este resultado pode indicar que se o parceiro fumar poderá ser uma fonte de menor suporte junto do indivíduo que quer deixar de fumar, quer numa fase inicial da decisão de mudança de comportamento, quer mesmo quando estiver a deixar de fumar (Homish & Kenneth, 2005). O apoio dado ao fumante que quer deixar de fumar deve ser eficaz, de outra forma, a qualidade da eficácia do suporte do parceiro pode ficar aquém das expectativas e a mudança não se efectuar (Mermelstein et. al., 1986). A literatura mostra que mulheres que viviam com um companheiro que fumava, apresentavam menor suporte quando comparadas com mulheres que viviam com companheiros não fumantes (Park, Tudiver, Schultz, & Campbell, 2004). Assim é compreensível que na nossa amostra os parceiros que fumam fornecem mais suporte negativo.

A literatura mostra que o apoio dado pelo parceiro é apontado como importante no processo de cessação tabágica, sendo que este apoio deve ser positivo, pois desta forma promove-se o sucesso da cessação tabágica ao contrário de comportamentos negativos que podem traduzir-se como pouco úteis (Mermelstein et al., 1986; Russo & Azevedo,

2010). Ginsberg, Hall e Rosinsky (1991) observaram que o suporte positivo dado ao fumante pelo parceiro encorajava a sua autonomia e percepção para a mudança de comportamento e era preditor do sucesso da desabituação tabágica. Em suma, o apoio do parceiro apresenta-se como fator importante para deixar de fumar. De qualquer forma o suporte negativo é uma forma de suporte que poderá, apesar de tudo, ajudar a manter a intenção para deixar de fumar (Nollen, Catley, Davies, Hall, & Ahluwalia, 2005).

Os preditores da depressão, nos fumantes, foram a idade, ser mulher, o suporte negativo do parceiro, a coerência do tabaco e a ansiedade (traço). Nos abstinente destacaram-se ser mulher, as consequências e a ansiedade (traço e estado). Como preditores da ansiedade-traço, nos fumantes, encontrou-se a idade, depressão, duração e representação emocional. Nos abstinente salienta-se ser homem, a depressão e as consequências associadas ao tabaco. Como preditores da ansiedade-estado, nos fumantes, destacam-se a idade e a depressão.

Estes resultados indicam que, ser fumante mais velho ou fumar há mais tempo é preditor de morbidade psicológica (depressão e ansiedade). Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Pohl et al. (1992), Becoña (2003) Leyro et. al. (2008) e Rondina et al. (2002) que referem uma associação entre a dependência nicotínica e a morbidade psicológica ao longo da duração do hábito tabágico. A presença de sintomas depressivos e ansiosos, associados com consumo diário de tabaco pode representar progressão para dependência (Breslau et al., 2004). Tal como nos fumantes, também a idade se mostra como um preditor da ansiedade-estado, nos abstinente, visto estar relacionado com a morbidade psicológica.

O genero apresenta-se como um preditor de depressão, em ambos os grupos, e mais ansiedade-traço nos abstinente, ou seja, assiste-se à presença de comorbidade psicológica, em mulheres, quando se fala em dependência tabágica presente ou passada. O suporte negativo também é um preditor da depressão nos fumantes. Este resultado pode ser explicado pelo fato deste tipo de suporte não ser tão estimulador para deixar de fumar (McBride, Pirie, & Curry, 1992). Por sua vez, ter uma percepção de que o tabaco é inofensivo (consequências) é preditor de depressão e ansiedade-traço nos abstinente quando fumavam, contribuindo para que os indivíduos não considerem os malefícios do tabaco colocando em causa a sua saúde (Trigo, 2005). A coerência do tabaco também é preditor de mais depressão no fumante no sentido de este ter mais dificuldade em

perceber o seu hábito e não saber lidar com os sintomas associados. Por sua vez a representação emocional que o tabaco é ameaçador para a saúde também prediz a ansiedade traço o que é natural dado o fumante conhecer os perigos a que se sujeita (Ellickson, Tucker, & Klein, 2001).

Limitações

O fato dos fumantes estarem inscritos numa lista de espera para um programa de cessação tabágica torna esta amostra específica. Outro aspeto prende-se com o fato de os instrumentos preenchidos pelos abstinentes ser retrospectivo na avaliação da dependência nicotínica e suporte do parceiro. Além disso o uso exclusivo de instrumentos de auto-relato e o fato da amostra ter sido recolhida só no Norte de Portugal constitui também uma limitação.

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos é importante que os programas de cessação tabágica incluam intervenção ao nível da morbidade psicológica, suporte do parceiro e representações do tabaco. Os parceiros devem também integrar o programa sempre que possível pois o suporte dado ao fumante é importante na mudança do comportamento tabágico.

Referências

- Afonso, N., Melo, P., & Ramalhão, C. (1999). Riscos associados ao consumo do tabaco. In Precioso, J, Viseu, F., Vilaça, T., Henriques, R., & Lacerda, T. (1999), *Educação para a saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Akillas, E., & Scheitrum J. (2002). Effects of Personality Style, Anxiety and Depression on reported reasons for smoking. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 7, 57-642.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baena, A. (2006). Tratamiento psicologico del tabaquismo. *Instituto de Investigación en Tabaquismo*, Granada.
- Baumann, L., Cameron, D., Zimmerman, R., & Leventhal, H. (1989). Illness representation and matching lables with symptoms. *Health Psychology*, 8, 449-469.

- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Becoña, E. (2003). El Tratamiento Psicológico de la Adicción a la Nicotina. *Papeles del Psicólogo*. 85, 48-69.
- Becoña, E., Vasquez, F., & Miguez, M.C. (2002). Smoking Cessation and Anxiety in a Clinical Sample, Personality and Individual Differences. *Pergamon*, 32, 489-494.
- Benowitz, N. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: Implications for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine*, 121(4), S3-S10.
- Bishop, G. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. Skelton, & R. Croyle (Eds.), *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag.
- Breakwell, G.M. (1997). *Coping with Aggressive Behaviour*. British Psychological Society, Leicester.
- Breslau N., Novak, S., & Kessler, R. (2004). Psychiatric Disorders and stages of Smoking. *Biological Psychiatry*, 55, 69-76.
- Breslau N., Peterson E., Schultz L., Chilcoat H., & Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 161-166.
- Cohen, S., & Lichtenstein, E. (1990). Partner Behaviours that support quitting smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58,(3), 304-309.
- Coyne, J.C., Aldwin, C., & Lazarus, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Ellickson, P., Tucker, J., & Klein, D. (2001). Sex differences in predictors of adolescent smoking cessation. *Health Psychology*, 20, 186-195.
- Eriksen, M., & MaCkay, J. (2002). *The tobacco Atlas*, World Health Organization.
- Fagerström, K., & Balfour, J. (2006). Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 15, 107-116.
- Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of psysical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviours*, 3, 235-241.
- Farrow, D., & Samet, J. (1991). Identification of the high-risk smoker. *Smoking Cessation*. 12, 659-668.
- Figueiras, M.J. (1999). *Illness representations and recovery from myocardial infarction in Portugal*. Tese de Doutoramento, não publicada. Universidade de Londres.
- Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na Doença*. Coimbra. Quarteto Ed.
- Gilbert, D., & McClernon, J. (2000). Smoking and Stress. *American Press*, 3, 458-466.
- Ginsberg, D., Hall, S.M., & Rosinski, M. (1991). Partner interaction and smoking cessation: a pilot study. *Addictive Behaviors*, 16 (5), 195-202.

- Guerra, M.P., Queirós, C., Torres, S., Veira, C., Branco, C., & Garrett, S. (2008). O consumo de tabaco numa instituição universitária: Prevalência e características do fumante. *Análise Psicológica*, 2 (26), 209-226.
- Hagimoto, A., Nakamura, M., Morita, T., Masui, S., & Oshima, A. (2010). Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction*, 105(1), 164-73.
- Heatheron, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86(9), 1119-1127.
- Homish, G., & Kenneth L. (2005) Spousal influence on smoking behaviours in a US community sample of newly married couples. *Social Science & Medicine*, 61, 2557-2567.
- Jain, A. (2003) Treating nicotine addiction. *British Medical Journal*, 327, 1394-1395.
- Joseph, A.M., & Fu, S.S. (2003). Smoking cessation for patients with cardiovascular disease: what is the best approach? *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 3(5), 339-49.
- Laguer, G., Dupont, P., & Fakhfakh, R. (2002). Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence. *Encephale*, 28, 374-377.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A., & Bernstein, A. (2008). Anxiety sensitivity and smoking motives and outcome expectancies among adult daily smokers: replication and extension. *Nicotine and Tobacco Research*, 10(6), 985-994.
- Lichtenstein, E., & Mermelstein, R. (1986). Some methodological considerations in the use of the Tolerance Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 11, 439-442.
- Lucas, K., & Lloyd, B. (1999). Adolescent smoking: the control of mood and body image concerns. *Health Education*, 99 (1), 17-26.
- Macedo, M., & Precioso, J. (2004). Plano Global de Prevenção do tabagismo do Município de Braga. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 10(4), 269-285.
- Machain, A. C., Vélez, N. A., García, F. J., Lugo, E. K., García, S. C., & Mora, M. E. (2008). Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa têtil mexicana. *Salud Mental*, 31(4), 291-297.
- MacPherson, L., & Myers, M.G. (2010). Examination of a process model of adolescent smoking self-change efforts in relation to gender. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 19, 48-65.
- Marlatt, G., Curry, S., & Gordon, J. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 715-720.
- Martinet, Y., & Bohadana, A. (2003). *O tabagismo. Da prevenção à abstinência*. Lisboa: Climepsi Editores.

- McBride, C.M., Pirie, P.L., & Curry, S. (1992). Postpartum relapse to smoking: a prospective study. *Health Education Research: Theory and Practice*, 7, 381-390.
- McIntyre, L., & McIntyre, S. (1995). Inventário de Beck para a Depressão (BDI). Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- McIntyre, L., & McIntyre, S. (1995). State Trait Anxiety Inventory (STAI). Versão de Investigação. Universidade do Minho
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J., & Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 447-453.
- Ministério da Saúde, (2008). 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).
- Nollen, N., Catley, D., Davies, G., Matthew, H., Jasjit, & S. Ahluwalia, S. (2005). Religiosity, social support, and smoking cessation among urban African American smokers. *Addictive Behaviors*, 30, 1225–1229.
- Ntoumanis, N., Edmunds, J., & Duda, J. L. (2010). Understanding the coping process from a self-determination theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, 14(2), 249 -260.
- O'Connell, K., Hosein, V., Schwartz, J., & Leibowitz, R. (2007). How does coping help people resist lapses during smoking cessation? *Health Psychology*, 26(1), 77-84.
- Paperwalla, K. N., Levin, T. T., Weiner, J., & Saravay, S. M. (2004). Smoking and depression. *The Medical Clinics of North America*, 88 (6): 1483-1494.
- Park, E., Tudiver, F., Schultz, J., & Campbell, T. (2004). Does Enhancing Partner Support and Interaction Improve Smoking Cessation? A meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 2 (2).
- Pereira, M.G., & Machado, J.C. (2007). Estudo das qualidades psicométricas do questionário Ways of Coping e morbidade física e psicológica numa amostra portuguesa, *Livro de Atas do Congresso Família, Saúde e Doença*, Universidade do Minho. Braga, 1-12
- Pohl, R., Yeragani, V.K., Balon, R., Lycaki, H., & McBride, R. (1992). Smoking in patients with panic disorder. *Psychiatry Research* 43, 253-62.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy Research Practice*, 19, 276-288.
- Puschel, K., Thompson, B., Coronado, G, Rivera, S., Diaz, D., Gonzalez, L. et al. (2006). Tabaquismo en atención primaria: perfil de fumadoras consultantes, creencias e actitudes de los equipos de salud y oportunidades de intervencion. *Revista Medica de Chile*, 134, 726-734.
- Rondina, R., Botelho, C., & Goyareb, R., (2002), A Psicologia do Consumo do Tabaco: uma revisão da literatura. *Psicologia Saúde e Doença*, 3 (2), 179-189.
- Rosas M., & Batista, F. (2002) Desenvolvimento de Estratégias de Intervenção Psicológica para a Cessação Tabágica. *Análise Psicológica*, 1 (20), 45-56.

- Rothman, A. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology, 19*, 64-69.
- Rüge, J., Ulbricht, S., Schumann, A., Rumpf, H.J., John, U., & Meyer, C. (2008). Intention to Quit Smoking: Is the Partner's Smoking Status Associated with the Smoker's Intention to Quit? *International Journal of Behavioral Medicine, 15*, 328-335.
- Russo, A.C., & Soares de Azevedo, R.C. (2010) Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário *Jornal- Brasileiro de Pneumologia, 36*(5).
- Spielberger, C.D., Gorus, R., Lushene, R., Vagg P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto. Consulting Psychologists Press.
- Trigo, M. (2005). O que provoca realmente a mudança nos fumantes? Algumas reflexões. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21*, 161-182.
- Valero, F., & Ciscar, C. (2002). El Tabaquismo Passivo en la Infância: Nuevas Evidencias. *Prevención del Tabaquismo, 4* (1).
- Warburton, D. M., & Wesnes, K. (1978). Individual differences in smoking and attentional performance. In R. E. Thornton (Ed.), *Smoking behaviour: Physiological and psychological influences* (19-43). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health, 11*, 431-445.
- Wesnes, K., & Warburton, D. M. (1983). Smoking, nicotine and human performance. *Pharmacology and Therapeutics, 21*, 189-208.
- International Agency for Research on Cancer (2004). *Monograph on the evaluation of the risk to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. 83*, World Health Organization, Lyon, France.
- Windle, M., & Windle, R. (2001). Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: prospective association and intrapersonal and intrapersonal influences. *Journal of Clinical Psychology, 69*(2), 215-226.
- WHO- International Agency for Research on Cancer (2004). *Monograph on the evaluation of the risk to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. 83*, Lyon, France. <http://monographs.iarc.fr>.
- WHO - World Health Organization (2008). *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html