

Maria Manuela Pereira Fernandes

Ansiedade, Depressão, Stress e Tabagismo - Estudo Comparativo em  
indivíduos fumadores e indivíduos não fumadores.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2008



Maria Manuela Pereira Fernandes

Ansiedade, Depressão, Stress e Tabagismo - Estudo Comparativo em  
indivíduos fumadores e indivíduos não fumadores.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2008

Maria Manuela Pereira Fernandes

Ansiedade, Depressão, Stress e Tabagismo - Estudo Comparativo em  
indivíduos fumadores e indivíduos não fumadores.

Ass. \_\_\_\_\_

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de licenciatura em Psicologia, ramo Clínica, sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Silva.

## Resumo

O objectivo geral deste estudo é analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos fumadores e indivíduos não fumadores quanto aos níveis de ansiedade, depressão e stress. Pretende-se, ainda, avaliar se existe uma relação entre a dependência tabágica, ansiedade, depressão e stress em indivíduos fumadores, bem como analisar se os hábitos tabágicos (consumo tabágico associado à estimulação e à ansiedade) estão relacionados com estas três últimas variáveis psicológicas.

Foi avaliada uma amostra do tipo não probabilística de conveniência de 120 indivíduos ( $N=120$ ), sendo 60 sujeitos fumadores, e 60 sujeitos não fumadores, entre os 17 e os 74 anos ( $M=34,39$ ;  $DP=12,641$ ). A análise quantitativa dos dados sugere que não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios dos dois grupos estudados relativamente aos níveis de ansiedade, depressão, stress e o valor total da escala. Verificou-se a existência de uma correlação significativa moderada entre o total da dependência, ansiedade e stress  $p<0,0001$ , quanto à depressão  $p<0,05$ , e valor total das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)  $p<0,0001$ . Constatou-se a existência de correlação significativa  $p<0,0001$  entre a dependência e os hábitos de consumo tabágicos. Verificou-se a existência de correlações estatísticas significativas entre os valores totais dos hábitos tabágicos e a ansiedade, depressão, stress e o total da EADS-21  $p<0,0001$ . Observou-se, uma correlação significativa moderada entre os hábitos tabágicos relativamente à Estimulação e ansiedade, depressão, stress, e os valores totais da EADS-21  $p<0,0001$ .

Finalmente, verificaram-se correlações significativas moderadas entre os valores de Ansiedade dos hábitos tabágicos, relativamente aos valores de ansiedade, depressão, stress, e os valores totais da EADS-21  $p<0,0001$ .

Os resultados do presente estudo sugerem a importância das variáveis estudadas, na intervenção psicológica da cessação tabágica.

## **Agradecimentos**

Agradeço á minha orientadora Prof. Doutora Isabel Silva, pela tranquilidade e sabedoria que me transmitiu, pela disponibilidade e empenho com que me orientou, onde muitas vezes a partilha teve lugar, fazendo com que sentimentos reforçadores emergissem, apoiando-me muito neste projecto.

À Universidade Fernando Pessoa, a todos os docentes que partilharam conhecimentos e estiveram presentes no meu percurso académico. A todos os participantes deste estudo.

Aos meus pais, José e Arminda, por serem os meus pilares de amor e de valores. Por me terem proporcionado a oportunidade de enriquecer, valorizar e certificar as minhas aprendizagens tornando-me um ser humano mais feliz. Aos meus irmãos, Rosa, Elsa e João, que me apoiaram sempre, em tudo, na concretização deste sonho. Aos meus sobrinhos, Jorge, Nuno e Marco, que são a minha inspiração no futuro. À minha cunhada, Deolinda, pela cumplicidade e amizade. Ao meu companheiro da vida, Daniel, que do meu lado, respeita e apoia com amor os meus projectos.

À amiga, Alexandra, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis. Às manas e amigas, Inês e Joana, pelos ensinamentos que me transmitiram, disponibilidade e apoio nas decisões mais significativas deste processo. Á amiga Lisete, companheira das viagens e das experiências de vida. A todos os colegas, que partilharam comigo momentos de descontração e lazer.

No conjunto, face a estes sentimentos e emoções, creio que foram momentos do percurso final de uma aluna de psicologia clínica que ficarão alicerçados no meu ser e que serão lembrados posteriormente com prazer, pela experiência, pela aprendizagem e sobretudo pelo convívio e relações estabelecidas.

*A todos, sem excepção, muito obrigada!*

## Índice

1. Introdução	1
2. Dependência Tabágica	2
3. Modelos psicológicos no Tabagismo	5
4. Ansiedade, Depressão, Stress e Tabagismo	8
5. Desenho de Investigação	12
6. Método	13
6.1. Participantes	13
6.2. Material	14
6.3. Procedimento	20
7. Resultados	22
8. Discussão	23
9. Referências	25

**Anexo A:** Questionário sócio-demográfico

**Anexo B:** Pedido de autorização EADS-21

## 1. Introdução

Em cada cultura, verifica-se o desenvolvimento das suas próprias drogas, sendo o tabaco uma das drogas mais comuns às diversas culturas mundiais e uma das drogas mais usadas e generalizadas ao longo do tempo na nossa cultura. Tendencialmente, o consumo do tabaco é visto como “normal”, mas actualmente a sociedade começa a reagir e a mudar de atitude face à manutenção deste comportamento. No entanto, o seu consumo é um hábito arraigado ao quotidiano de muitos indivíduos (Borges, 2006).

O tabaco é produzido a partir de uma planta, que pertence à família das Solináceas, designada por *nicotina tabacum L.* e constitui a planta psicoactiva mais consumida do mundo (Simões, 2006).

A maioria dos historiadores refere que a origem do tabaco é americana, contudo outros defendem, que poderá ser de origem asiática, africana e até australiana. Em unanimidade sabe-se que o tabaco não existiu no velho mundo antes da época dos Descobrimentos luso-espanhóis. Em 1492, na primeira viagem de Cristóvão Colombo, os Europeus puderam observar o hábito dos “índios da América”, que fumavam folhas de tabaco secas e enroladas. O consumo do tabaco desenvolveu-se rapidamente e sob diversas influências, que interessaram primeiro a Europa e, em seguida a Ásia. Os europeus fumaram cachimbo antes de fumarem cigarros (Simões, 2006).

Nas últimas décadas, a relação entre o tabagismo e o perfil psicológico, tem sido pesquisada de forma intensiva, em diversos países. Contudo, essa associação ainda é alvo de polémica, pois os resultados das pesquisas sobre o assunto ainda não são completamente elucidados (Rondina, Botelho & Gorayeb, 2002). Por outro lado, o consumo de tabaco é o comportamento cujos efeitos sobre a saúde mais têm sido estudados e cujos resultados recolhem mais consenso (Ribeiro, 2005).

## 2. Dependência Tabágica

O consumo de tabaco é um comportamento no qual podem ser identificados todos os sintomas e sinais de conduta de adicção, em que pode haver perda de controlo comportamental, manutenção da conduta ignorando as suas prejudiciais consequências, o desenvolvimento de uma forma de pensamento aditivo recheado de estratégias que favorecem a adicção, e de mecanismos de defesa (Nunes & Jólluskin, 2007).

De acordo com os critérios classificativos do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000), a dependência e abstinência da nicotina podem desenvolver-se com a utilização de todas as formas de tabaco (cigarros, tabaco para mascar, rapé, cachimbos e charutos) e com medicações prescritas. Contudo, alguns critérios de dependência não parecem aplicar-se à nicotina e outros requerem explicações mais pormenorizadas, em que apresentam uma lista das perturbações relacionadas com a dependência à nicotina (código 305.1). Por outro lado, com a modificação clínica da décima versão da classificação internacional de doenças e causas de morte a *International Classification of Diseases [ICD-10]*, passou a incluir um código específico para as manifestações de dependência associadas ao consumo do tabaco (código F17.9) (WHO, 2007).

O fumo do cigarro tem mais de 4000 constituintes químicos, dos quais 2550 resultam do processamento não adulterado de tabaco e os restantes representam aditivos, pesticidas e outros compostos orgânicos e metálicos (Simões, 2006). Dos constituintes químicos do fumo do cigarro o mais conhecido é a nicotina. A nicotina é extremamente viciante e constitui o componente psicoativo primário do tabaco, induz uma dependência comparável à de opiáceos, anfetaminas e cocaína. O comportamento ambivalente dos fumadores em relação à abstinência tabágica resulta da dependência física da nicotina e da dependência psicológica dos cigarros (Moreira, 2006).

A dependência física da nicotina caracteriza-se pela síndrome de privação, mesmo que por algumas horas, da qual fazem parte o desejo imperioso para fumar (*craving*) e a sensação de perda, vivida pelo fumador quando é privado do hábito. Por outro lado, a dependência psicológica resulta do reforço positivo conferido pelos rituais, pelo prazer de fumar, pela melhoria das funções cognitivas, pela gestão do stress e ainda pela regulação do peso e do apetite (Moreira, 2006).

Segundo Moreira (2006), para o novo fumador o desejo da imagem é suficientemente forte para ultrapassar e tolerar a sensação de aversão provocada pelos primeiros cigarros. Para o iniciante, o cigarro é um símbolo de rebeldia, independência, busca de novas sensações/riscos e passagem para o mundo adulto. Após um ano de consumo, os fumadores apresentam desejo de fumar, sintomas de tolerância e de privação. Com a exposição continuada, em indivíduos predispostos, surge a dependência (Moreira, 2006).

Segundo Borges (2006), o comportamento tabágico, é uma cadeia ordenada de acções que se destinam a adaptar o indivíduo a uma situação, conforme ele a percebe e a interpreta. A perturbação do comportamento é considerada como uma resposta inadaptaada e aprendida. Após a aquisição destes comportamentos, ao serem reforçados, estes permanecem. Porém, muitas vezes estes comportamentos tendem a desaparecer na ausência do reforço (Borges, 2006). Assim, fumar é um comportamento adquirido, considerado uma perturbação, regularmente mantido por um sistema de reforços positivos e negativos e que se desenvolve ao longo de uma série de estádios, preparação, iniciação, habituação, cessação definitiva e cessação por múltiplas recaídas. Em todos os estádios, dependendo a sua importância de cada indivíduo e dos seus consumos, estão envolvidas distintas variáveis psicológicas, biológicas e sociais (Borges, 2006).

Segundo Muller e Kahn (2001), o comportamento tabágico pode ser explicado por três tipos de aprendizagem: o condicionamento passivo que está ligado a automatismos (Condicionamento Pavloviano); o condicionamento activo associado às consequências dos comportamentos do sujeito (Condicionamento Operante); e o comportamento de fumar apoiando-se na adopção de modelos sociais valorizados (Aprendizagem Social) (Borges, 2006).

De acordo com Borges (2006), apesar de existir uma síndrome de dependência, esta varia com as interacções entre as substâncias do cigarro e o organismo, e as características do indivíduo que desenvolve comportamentos repetitivos marcados pela compulsividade e impulsividade. A compulsividade corresponde a um evitamento do risco e um esbatimento da ansiedade, enquanto que a impulsividade corresponde a uma procura do risco e do prazer. O prazer do consumo (reforços internos) e a aprovação e estímulos sociais (reforços externos) levam à manutenção do comportamento. Existem, ainda, efeitos subjectivos reforçadores que dependem do estado da pessoa antes de fumar e que não são efeitos inevitáveis causados pela nicotina (Borges, 2006).

Além disso, segundo Borges (2006), a generalização do consumo deve-se sobretudo a aspectos como: o facto de se tratar de uma substância legal, o que não implica marginalização de quem consome; não ser demasiado dispendioso, e, portanto, não conducente à prática de comportamentos ilegais; e a não visibilidade, a curto e médio prazo, das suas prejudiciais consequências. Por outro lado, conforme já foi referido anteriormente, o efeito de privação do consumo pode constituir por si só um conflito para o indivíduo. Assim, a síndrome de abstinência, sendo um processo resultante da paragem abrupta do consumo manifesta-se com um conjunto de efeitos aversivos, tais como: desejo intenso de fumar; irritabilidade; hostilidade; ansiedade;

dificuldades de concentração; alterações do sono; aumento de apetite e de peso corporal (Nunes & Jólluskin, 2007).

Ao avaliar o comportamento do fumador, deve-se recolher informação útil no que se refere à quantidade de cigarros fumados por dia. Esta quantidade fornece indicadores do grau de dependência do fumador relativamente ao tabaco, apesar de não medir directamente a dependência tabágica. Segundo Becoña, Palomares e Garcia (2000), o estudo do tipo de fumador permite caracterizar quatro categorias: a) o consumidor diário, que corresponde ao indivíduo que fuma um ou mais cigarros, ou consome produtos tabágicos todos os dias; b) o consumidor semanal, é o indivíduo que consome um ou mais cigarros ou consome produtos tabágicos todas as semanas; c) o provador, refere-se ao sujeito que fuma cigarros ou consome produtos tabágicos menos de uma vez por semana; d) o não fumador, que corresponde ao indivíduo que assume já ter experimentado ocasionalmente o tabaco, mas que não fumou nenhum cigarro, nem consumiu nenhum outro tipo de produto tabágico nos últimos três a seis meses (Nunes & Jólluskin, 2007).

Apesar de ser uma classificação que apresente clareza, há uma grande variedade de padrões de consumo dentro de cada categoria. Assim, revela-se fundamental avaliar minuciosamente o comportamento de cada fumador, obtendo a média de consumo diariamente e obtendo dados que nos possibilitem avaliar a dependência tabágica (Nunes & Jólluskin, 2007).

### **3. Modelos Psicológicos no Tabagismo**

Não existe uma teoria que ofereça uma resposta satisfatória para o facto das pessoas fumarem, contudo podemos perceber melhor este fenómeno ao fazer uma abordagem às diversas teorias que têm contribuído para a explicação do comportamento

tabágico (Vitória, 2004). Apresentam-se assim, de forma muito resumida, algumas dessas teorias.

Numa perspectiva social, a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura refere dois conceitos muito importantes, a aprendizagem por modelagem ou vicariante e a auto-eficácia ou percepção do auto-controlo. No caso do tabagismo, os sujeitos estão expostos à influência de um comportamento que podem observar nos outros, com consequências positivas e sem consequências negativas evidentes (modelagem e aprendizagem vicariante). Este comportamento é fácil de executar, ou seja, observa-se uma eficácia elevada relativamente à possibilidade de executar o comportamento (Vitória, 2004).

Nas Teorias Sócio-Cognitivas, existem vários modelos relativos ao comportamento tabágico. Estas teorias podem ser classificadas como sócio - cognitivas pois acolhem a influência das normas sociais através da mediação de processos cognitivos. Estas teorias suportam a explicação do comportamento, num conjunto de variáveis, onde surge a intenção de realizar o comportamento num futuro próximo. Este alcança a forma e força, a partir das crenças a favor e contra, do comportamento e da percepção das normas sociais relativas a esse comportamento, ou seja, a percepção da quantidade de pessoas com o comportamento, do que as pessoas pensam sobre o comportamento, etc. (Vitória, 2004).

Segundo Borges (2006), a maioria dos modelos de mudança de comportamento baseiam-se nas teorias cognitivistas, comportamentalistas e construtivistas. Um dos modelos mais actuais é o Modelo Transteórico do Comportamento de Fumar, baseado na teoria de Mudança Comportamental de Porschaska e DiClemente (1994). Esta teoria tem sido muito utilizada para descrever o processo da iniciação e da dependência tabágica e também para descrever o processo no sentido da cessação tabágica (Borges,

2006). O modelo defende que a mudança é um processo com várias fases distintas, que podem caracterizar-se da seguinte forma: a pré-contemplanção, na qual os sujeitos não pensam na possibilidade de mudar; a fase da contemplanção, onde os sujeitos pensam em mudar, mas não nos próximos 6 meses; a fase da preparação para a mudança, marcada por acções concretas nesse sentido e uma intenção de mudar a curto prazo; a fase da acção, onde a mudança foi concretizada há menos de 6 meses; e a fase da manutenção, quando a mudança já ocorreu há mais de 6 meses. O processo da mudança inclui ainda a recaída, quando o comportamento ocorre de novo e o indivíduo volta para uma das fases anteriores à acção no ciclo da mudança (Vitória, 2004).

Tompkins (1966) propõe um modelo, designado de Modelo Afectivo do Comportamento de Fumar de Tompkins, que tenta explicar a aquisição do tabagismo como uma aplicação da sua teoria geral da afectividade. O autor considera os sentimentos e emoções inatos, onde os estímulos que activam os afectos também podem ser inatos ou aprendidos. De acordo com o autor, qualquer comportamento de fumar pode reduzir afectos negativos e reproduzir afectos positivos. Assim, o comportamento de fumar teria uma base inata, mas também pode ser o efeito de respostas afectivas aprendidas (Borges, 2006).

Pomerleau (1980), criou um modelo denominado Modelo Comportamental de Aquisição e Manutenção, que se pode aplicar ao tabagismo. Este baseia-se, na perspectiva do condicionamento operante, onde os estímulos anteriores e as consequências da acção integram uma sequência, na qual os primeiros elos conduzem aos seguintes, num ciclo que se fecha na própria manutenção (Nunes & Jóluskin, 2007).

Este modelo consiste numa rede de associações e para quebrar esta cadeia associativa ao nível fisiológico e psicológico, impõe-se a necessidade de modificar os

estímulos antecedentes, de forma a alterar as consequências. À luz deste modelo podemos induzir, que ao passo que fumar, inicialmente, representa em si mesmo uma experiência aversiva, com a regularidade da prática e com o aumento da tolerância converte-se numa experiência reconfortante que se mantém pelas próprias consequências e que se generaliza a uma panóplia de situações e contextos. A utilidade deste modelo, centra-se no facto de ser possível a identificação, com possível alteração, dos estímulos que desencadeiam o acto de fumar. Contudo, não é explicado o motivo deste comportamento que persiste nos sujeitos até gerar condicionamento, e tratando-se inicialmente de uma acção causadora de aversão (Borges, 2006).

Em resumo, parecem existir duas razões que valem por si para justificar o comportamento tabágico, que são a precocidade da iniciação tabágica, que ocorre na adolescência, associada a processos de influência social directa ou indirecta, que se revelam mais fortes do que os mecanismos internos (crenças, percepção das normas e dos comportamentos, auto-eficácia, intenção...) e as barreiras externas (acessibilidade do tabaco, proibição de fumar...) que se lhe opõem, e o carácter aditivo da nicotina, que cria rapidamente uma forte dependência do tabaco, razão para justificar a manutenção do comportamento tabágico mesmo contra a vontade do fumador. Ambas são razões relevantes, na fundamentação da perspectiva que fumar não é uma escolha livre e que a prevenção primária é a estratégia mais adequada, para lidar com o tabagismo e as suas consequências (Vitória, 2004).

#### **4. Ansiedade, Depressão, Stress e Tabagismo**

A bibliografia sobre personalidade e tabagismo contém também estudos prospectivos e transversais sobre a relação entre consumo de tabaco e uma gama de características específicas, tais como história depressiva, impulsividade, ansiedade,

agressividade, auto-estima, entre diversos outros traços de personalidade. É importante destacar que o estudo da correlação entre tabagismo e presença de sintomas psiquiátricos vem paulatinamente despertando o interesse de psiquiatras e psicólogos em diversos países. Em especial, a relação entre tabagismo e desordens de depressão, distúrbios de humor e ansiedade foi objecto de numerosas publicações nas duas últimas décadas (Rondina, et. al., 2002).

No decorrer da década de 90, uma outra linha de interpretação para relação entre consumo de tabaco e perfil psicológico passou a ganhar força e terreno. No âmbito geral, os resultados de pesquisas efectuadas em diferentes regiões do mundo sugerem que fumadores tendem a ser mais extrovertidos, ansiosos, tensos, impulsivos e com mais traços de neuroticismo, psicoticismo e histórias de desordens depressivas e traços de ansiedade, em relação a ex-fumadores e não fumadores. No entanto, ainda não há consenso sobre o perfil psicológico do fumador. A maioria dos investigadores alerta para a necessidade de estudos transculturais sobre o assunto para confirmação desses resultados. Assim sendo, torna-se importante desenvolver pesquisas, envolvendo amostras de sujeitos provenientes de diferentes contextos sócio-geográfico-culturais, para comparação entre os resultados. O conhecimento sobre factores psicológicos associados ao consumo de tabaco é importante para fins práticos, podendo ser incorporado ao tratamento do indivíduo dependente da nicotina (Rondina, et. al., 2002).

No entanto, as evidências de associação entre ansiedade e tabagismo ainda são bem menos consistentes, em contraste com a relação tabagismo/depressão. Algumas pesquisas mostraram que características de ansiedade e desordens de ansiedade ocorrem mais frequentemente em fumadores, em relação a não fumadores. Contudo, os resultados denotam controvérsia, pois são vários os estudos, onde não foi encontrada essa associação (Rondina, et. al., 2002).

A relação entre tabagismo e perturbações de ansiedade foi muito menos estudada do que a associação tabaco-depressão. O estudo desta relação confronta-se com muitas dificuldades, quer sejam de ordem teórica e metodológica, a existência de uma relação claramente documentada, apesar de um estudo recente sugerir uma ligação causal. Um outro obstáculo, resulta da importância da co-morbilidade das perturbações de ansiedade com, por um lado, as perturbações depressivas e, por outro, o consumo de substâncias psicoativas, onde se inclui o tabagismo. Tal como acontece na depressão, existem diferenças significativas conforme se considere a existência de sintomas ansiosos dispersos, geralmente associados a traços de personalidade ansiosa e, por outro lado, geralmente associados a existência de síndromes ansiosas individualizadas, tal como as define o DSM-IV-TR (APA, 2000).

Os fumadores referem frequentemente que o facto de fumarem diminui a sua ansiedade; desde logo, poder-se-ia esperar encontrar um número elevado entre os sujeitos que apresentam um nível elevado de ansiedade permanente. Na verdade, é um paradoxo que existam poucos estudos clínicos ou argumentos experimentais em abono desta hipótese. Pelo contrário, os efeitos farmacológicos da nicotina sugerem que esta exacerba os sintomas de ansiedade. Um estudo recente demonstrou que a cessação do tabagismo é seguida uma redução significativa da ansiedade a partir da primeira semana de abstinência total, verificada pela determinação do monóxido de carbono (CO) no ar expirado. Esta observação poderia explicar-se pela supressão do agente ansiogénico que é a nicotina. Em qualquer dos casos, as relações entre o tabagismo, a desabitação tabágica e as diferentes perturbações da ansiedade continuam a merecerem ser amplamente documentadas (Kahn, 2003).

A associação entre tabagismo e depressão é explicada através de diferentes ângulos de interpretação. Diversos investigadores sugerem que a diminuição de afectos

ou sentimentos negativos é um processo reforçador e que, portanto, as reduções nos afectos depressivos associados ao uso de tabaco seriam reforçadores para o indivíduo. Partindo do pressuposto que afectos negativos ocorrem mais frequentemente e intensamente em indivíduos predispostos à depressão, tais indivíduos aprenderiam rapidamente que fumar alivia os sintomas. Além disso, os sintomas depressivos podem disparar o desejo de fumar, porque esses indivíduos teriam sido anteriormente aliviados pela nicotina (Rondina, et. al., 2002).

Nas duas últimas décadas, estudos de natureza prospectiva e transversal demonstraram uma associação positiva entre depressão ou desordens depressivas ou história de depressão e tabagismo. Existem actualmente muitos argumentos a favor da existência de uma ligação entre depressão e tabagismo. Porém a análise destas relações torna-se difícil, pela variedade de instrumentos psicométricos utilizados, que nem sempre são suficientemente específicos da dimensão depressiva e que são igualmente sensíveis à ansiedade (Martinet & Bohadana, 2003).

Os dados do estudo de Glasman (1993) foram replicados em diversos estudos conduzidos na população geral, em que se verifica que existe uma correlação entre os dados obtidos numa escala de sintomas depressivos e as taxas de tabagismo. Também se pode verificar que estas correlações são mais significativas nos dependentes de nicotina do que nos outros. Então, a frequência da associação entre tabagismo e depressão poderia explicar-se por três formas que não são necessariamente limitadas entre si: a) a depressão poderia constituir um factor de risco para a instalação e a perenização do tabagismo, assim como para o período de desabituação tabágica; b) o tabagismo poderia ser responsável pela depressão; c) o tabagismo e a depressão poderiam resultar de factores etiológicos comuns, que participam na vulnerabilidade especial de certos indivíduos (Kahn, 2003).

Parece existir unanimidade nos autores quanto aos factores predisponentes de vulnerabilidade ao stress, que podem ser de natureza física, psicológica e social. Estes factores podem ocorrer em circunstâncias externas em relação ao indivíduo ou serem acontecimentos internos perturbadores, e que só o próprio é capaz de encontrar (Serra, 2002).

Concluindo, os dados actualmente disponíveis na literatura permitem verificar uma forte associação entre o estabelecimento e o desenvolvimento do tabagismo e as perturbações depressivas, em especial a síndrome depressiva major. Esta associação persiste, mesmo depois de ter sido controlada a co-morbilidade, frequentemente associada com perturbações de ansiedade. É igualmente claro, que a existência de uma depressão major (DSM-IV) está associada a uma menor probabilidade de se atingir uma abstinência duradoura. Por outro lado, os dados que se referem à relação existente entre as perturbações de ansiedade e o tabagismo são mais discordantes e a sua ligação está menos bem estabelecida (Kahn, 2003).

## **5. Desenho de Investigação**

O presente estudo é de carácter observacional descritivo comparativo entre grupos, focalizado num grupo de fumadores e num grupo de não fumadores, com o critério de escolha de um grupo possuir uma característica de interesse para o estudo e o outro não, em que os dados são recolhidos num único período de tempo (Ribeiro, 1999).

O objectivo geral deste estudo é analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos fumadores e não fumadores quanto aos níveis de ansiedade, depressão e stress. Pretende-se ainda avaliar se existe uma relação entre a dependência tabágica, ansiedade, depressão e stress em indivíduos fumadores, bem

como analisar se os hábitos tabágicos (consumo tabágico associado à estimulação e à ansiedade) estão relacionados com estas três últimas variáveis psicológicas.

## **6. Método**

### *6.1. Participantes*

A amostra é do tipo não probabilística de conveniência, em que a probabilidade relativa de um qualquer elemento da população ser incluído na amostra é desconhecido, o que se pretende é seleccionar participantes por nossa conveniência desde que cumpram determinados critérios (Ribeiro, 1999).

Para a constituição da amostra foi apenas definida uma única condição que se traduz na necessidade em serem inquiridos igual número de sujeitos para os dois grupos considerados, isto é, serem indivíduos fumadores e não fumadores. O critério de inclusão em cada um dos grupos foi o facto de ter fumado ou não nos últimos três meses (Nunes & Jollúskin, 2007).

O número de indivíduos a incluir na amostra depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida, mas por tratar-se de uma amostra não probabilística, o cálculo do erro é impossível. De um ponto de vista prático, é a melhor opção quando a investigação é feita como parte de uma licenciatura em que se pretende utilizar análise de dados quantitativa, um Universo com dimensão entre 100 e 500 casos, ou seja escolher um Universo com dimensão suficientemente pequena para recolher dados de cada um dos casos do Universo, mas suficientemente grande para suportar as análises de dados planeadas (Hill & Hill, 2000).

A fim de concretizar os objectivos deste estudo recolheu-se uma amostra intencional constituída por 120 indivíduos de ambos os sexos que foram divididos por dois grupos homogéneos no que respeita ao número de sujeitos, os grupos formados têm

como requisito o facto dos indivíduos serem ou não fumadores. Assim, no presente estudo temos uma amostra de 120 participantes, sendo 60 sujeitos fumadores (15 do sexo masculino e 45 do sexo feminino), e 60 sujeitos não fumadores (31 do sexo masculino e 29 do sexo feminino), entre os 17 e os 74 anos ( $M=34,39$ ;  $DP=12,64$ ), dos quais 58 solteiros (48,3%); 50 casados/união de facto (41,7%); 9 divorciados/separados (7,5%) e 3 viúvos (2,5%). Relativamente às habilitações literárias: 8 (6,7%) indivíduos com o 1.º ciclo; 6 com 2.º ciclo (5%); 19 do 3.º ciclo (15,8%); 40 com o ensino secundário (33,3%); e 47 (39,2 %) com ensino universitário. Quanto à actividade profissional temos 2 indivíduos desempregados/procura de 1.º emprego (1,7%); 82 pessoas empregadas (68,3%); 30 estudantes (25%); 1 doméstica (0,8%) e 5 reformados/aposentados (4,2%).

## 6.2. *Material*

Os instrumentos utilizados na presente investigação são: o questionário sócio-demográfico e clínico que inclui também questões acerca dos hábitos no consumo de tabaco, da dependência com o questionário de dependência de Fagerström, e as Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) (Ribeiro, 2007).

### *a) Questionário sócio-demográfico*

O questionário sócio-demográfico (cf. apêndice A) utilizado neste estudo foi construído especialmente para este propósito. Devido às contingências da amostra escolhida e deste estudo, foram inseridos neste questionário parâmetros que permitem verificar em que grupo estes sujeitos serão incluídos. O questionário desenvolvido é constituído pelos itens que fazem parte do questionário sócio-demográfico que são: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil e profissão. Em relação as questões

acerca do consumo de tabaco foram consideradas as seguintes: se é ou não fumador, se sim, fumou nos últimos três meses, não é fumador, não fumou nos últimos três meses.

Na formulação deste questionário, foram considerados os itens acima referidos por se considerarem importantes para o estudo em causa, sendo que as duas questões acerca do consumo de tabaco, foram consideradas pertinentes para caracterizar a amostra, bem como para futuros trabalhos relacionando estas variáveis com o tabagismo.

#### *b) Teste de dependência de Fagerström*

Com o objectivo de identificar os fumadores relativamente à dependência incluiu-se o teste de dependência de Fagerström, versão reduzida. O teste original foi elaborado perante a necessidade de um instrumento breve e prático que permitisse avaliar a dependência à nicotina, uma revisão ao teste original de Heatherton e colaboradores (1991) (*Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND*), permitiu aumentar a consistência interna e demonstrar uma estreita relação entre os índices bioquímicos e o fumar, o que na escala original o teste mostrou valores moderados nas análises de fiabilidade e validade. Apesar de já existir uma versão mais recente e fiável do FTQ, a versão mais utilizada até hoje é ainda o FTND que mede o grau de dependência em relação à nicotina, através de questões relativas à tolerância, tentativa de controlar o uso de nicotina e à síndrome de abstinência. Este teste caracteriza a dependência como uma variável contínua, medida através de uma escala de 0 a 10 que permite diferenciar graus de dependência e assim individualizar a intervenção a realizar. Assim, os fumadores que obtêm entre 0 e 2 pontos têm um grau de dependência muito baixo, pelo que se deixassem de fumar teriam uma síndrome de abstinência muito leve. Uma pontuação acima ou igual a 6 é geralmente interpretada como sugestiva de um elevado grau de dependência, com sintomas de privação mais graves, maior dificuldade

para deixar de fumar. Numa pontuação de 0 a 5 verifica-se um grau de dependência baixo. Usando o ponto de corte de 6, o grau de dependência elevado, apresenta um risco elevado de dependência (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

### c) *Hábitos Tabágicos*

Foi seleccionado um conjunto de questões sobre variáveis psicológicas – Estimulação e Ansiedade associadas aos hábitos de consumo - que auxiliam na caracterização dos participantes fumadores incluídos neste estudo. Este conjunto de questões avalia dois domínios - Estimulação (perguntas: 7+8+9) e Ansiedade (perguntas: 10+11+12) relativamente ao hábito de fumar. Os indivíduos avaliam a extensão em que vivenciam os hábitos tabágicos em cada consumo, numa escala de quatro pontos de frequência: «nunca»; «às vezes»; «frequentemente»; «sempre». A cada categoria de resposta corresponde mais um ponto que na anterior, entre um mínimo de “0” (nunca) e um máximo de “3” (sempre).

Os resultados do questionário são determinados pela soma dos resultados das questões dos dois domínios: Estimulação (perguntas: 7+8+9) e Ansiedade (perguntas: 10+11+12) e o somatório total dos dois resultados (Estimulação + Ansiedade). O somatório destas questões permite-nos identificar ou caracterizar se estas variáveis estão presentes no hábito de consumo da população estudada o que pode ser útil para o presente estudo como para futuras investigações.

### d) *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)*

O material utilizado para avaliar ansiedade, depressão e stress, nos dois grupos, foram as *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*, (versão portuguesa), adaptado por Ribeiro, Honrado e Leal, em 2004. Este instrumento de nome original *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* é da autoria de Lovibond e Lovibond, (1995) e adaptado para a versão portuguesa primeiro por Alves, Carvalho e Batista, (1999) e

depois por Ribeiro, Honrado e Leal (2004) e tem como objectivo avaliar a depressão, ansiedade e stress (Ribeiro, 2007).

O constructo avaliado assume a evidência de que a ansiedade e depressão são difíceis de diferenciar empiricamente e assume um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira estrutura que designam por *distress* ou afecto negativo, inclui sintomas relativamente inespecíficos, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos e incluem ainda humor deprimido e ansioso assim como a insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. Para além deste factor inespecífico a ansiedade e depressão constituíram as outras duas estruturas, com a tensão somática e a hiperactividade como específicas da ansiedade, e a anedonia e a ausência de afecto positivo como relativamente específicas da depressão (Ribeiro, 2007).

Lovibond e Lovibond, em 1995, caracterizam as três escalas do seguinte modo: a depressão, principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Ribeiro, 2007). Cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente: **Depressão** – Disforia (dois itens); Desânimo (dois itens); Desvalorização de vida (dois itens); Autodepreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens); **Ansiedade** – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade

Situacional (três itens); Experiências Subjectivas de Ansiedade (quatro itens); **Stress** – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reacção Exagerada (três itens); Impaciência (três itens) (Ribeiro, 2007).

Segundo a descrição da escala original e versão portuguesa, tanto a DASS como a EADS se organizam em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo na versão longa, cada uma delas 14 itens num total de 42 itens ou, na versão curta, sete itens por escala, para um total de 21 itens (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Cada item, em forma de afirmação, constitui uma frase que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “durante a semana passada”, para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert (Ribeiro, 2007).

Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: «não se aplicou nada a mim»; «aplicou-se a mim algumas vezes»; «aplicou-se a mim muitas vezes»; «aplicou-se a mim a maior parte do tempo». A cada categoria de resposta corresponde mais um ponto que na anterior, entre um mínimo de “0” (não se aplicou nada a mim) e um máximo de “3” (aplicou-se a mim a maior parte do tempo) (Ribeiro, et. al., 2004).

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos 14 ou dos 21 itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “42”, ou “21” consoante se trate da versão longa ou da versão curta. A nota mais elevada em cada escala corresponde a estados afectivos mais negativos (Ribeiro, 2007).

As EADS foram construídas de acordo com a teoria tripartida, segundo os autores a construção das escalas caracteriza-se por se basear na teoria, recorrendo ao refinamento estatístico à posteriori, mas sempre guiado pela teoria. A EADS assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais ou com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre o “normal” e “muito grave” (Ribeiro, 2007).

A consistência interna foi inspeccionada com recurso ao *Alfa de Cronbach*. Como a consistência interna aumenta com o número de itens da escala, uma outra medida indicadora é a correlação item escala a que pertence corrigida para sobreposição. Os resultados encontrados para a EADS foram respectivamente de 0,85 (0,93 na versão de 14 itens) para a escala da depressão, de 0,74 para a de ansiedade (0,83 na versão de 14 itens) e de 0,81 para o stress (0,88 na versão de 14 itens). Verifica-se que a magnitude de correlação item escala a que pertence, corrigida para sobreposição é semelhante para as versões de sete e 14 itens (Ribeiro, et. al., 2004).

A validade de constructo dos itens é inspeccionada pela comparação da correlação do item com a escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence. Uma boa convergência/discriminação aponta para que os valores da correlação de *Pearson* com a escala a que pertence devem ser superiores aos dos valores com as escalas a que não pertence em cerca de 25 pontos (Ribeiro et. al., 2004). Em condições ideais os valores de correlação item escala a que pertence deviam ser acima de 0,40 e abaixo de 0,30 com aquelas a que não pertence. Tal sugere que há contaminação entre os constructos mais semelhantes do que diferentes, o que, apesar de tudo, está de acordo com a teoria geral subjacente a estes instrumentos (Ribeiro, et. al.,

2004). É esperado que as correlações entre a ansiedade e depressão, e entre as três escalas, sejam baixas, dado que o objectivo da EADS-21 é diferenciar medidas que tendem a exibir uma correlação elevada como é o caso da ansiedade e depressão (Ribeiro, et. al., 2004). Confirma as propriedades psicométricas da presente versão reduzida e de acordo com o modelo tripartido, na medida em que permite a diferenciação entre os três estados, é uma medida útil quer para a investigação quer em uso clínico quando é necessário lidar com ligações complexas entre perturbações emocionais e exigências do meio (Ribeiro, et. al., 2004).

As Escalas foram desenvolvidas com populações sem doença, embora pareçam igualmente adequadas para populações com patologia mental (Ribeiro, 2004). Podemos ainda referir que a versão portuguesa da escala mantém características idênticas à original e parece ser útil para utilizar em investigação e rastreio (Ribeiro, 2007).

### 6.3. *Procedimento*

Ao ser levantada a questão de investigação foi pensado qual seria o melhor instrumento a utilizar. Neste sentido, depois de se decidir que seria a *EADS-21*, pensou-se no pedido de autorização aos autores, mais concretamente ao Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro para a sua utilização, explicando qual seria o objectivo desta investigação e em que âmbito seria realizado (cf. apêndice B).

No que respeita à parte prática deste estudo, seleccionou-se a amostra dos 120 indivíduos da população em geral, sendo que todos eles participaram de uma forma voluntária, podendo interromper a sua colaboração assim que o desejassem. Aspectos como a confidencialidade dos resultados foram também explicados aos sujeitos. O conjunto de testes seleccionados para este estudo consiste em questionários e uma escala, de resposta múltipla que foram preenchidas pelos próprios sujeitos.

Com a intenção de salvaguardar a confidencialidade dos sujeitos e garantir uma prática ética, materializou-se o consentimento informado. Para isso, foram consideradas duas questões fundamentais descritas por Ribeiro (1999), na folha de rosto do questionário sócio-demográfico, designadamente uma carta de apresentação da investigação e da investigadora, bem como o pedido oral para confirmar a sua concordância na participação do presente estudo. Para a realização do consentimento informado por parte das participantes foi-lhes explicado qual o objectivo do estudo, o procedimento da recolha dos dados e explicada e garantida a total confidencialidade. Foi também solicitado a cada participante, que em caso de dúvidas inerentes a uma possível não compreensão dos itens, para perguntarem para não existir respostas ao acaso e reforçada a voluntariedade de participação e a não existência de consequências pela recusa de participação e que podiam recusar a meio da investigação ou continuar a responder sem qualquer consequência (Ribeiro, 1999).

A aplicação dos instrumentos referidos foi realizada pela investigadora, mais concretamente a autora do estudo para os 120 participantes. Em cada administração junto de cada participante, a investigadora explicou o objectivo do estudo, bem como a instrução e a explicação acerca da forma de preenchimento da respectiva escala (Ribeiro, 1999).

Posteriormente, os resultados obtidos foram estatisticamente tratados num programa informático específico para o efeito *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16, para estabelecer uma análise, discussão e consequente partilha dos resultados.

## 7. Resultados

Através da análise estatística dos dados pretendia-se verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de ansiedade, depressão e stress entre o grupo de fumadores e o grupo de não fumadores. Efectuou-se a análise estatística utilizando o teste *t de Student* para amostras independentes, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios dos grupos relativamente aos níveis de ansiedade,  $t(118)=1,79$ ;  $p>0,05$ , depressão ( $t(118)=1,25$ ;  $p>0,05$ ) e stress  $t(118)=1,67$ ;  $p>0,05$ , e também no valor total da escala (conjunto das três variáveis psicológicas EADS-21)  $t(117)=1,73$ ;  $p>0,05$ .

Propusemo-nos ainda, avaliar uma possível correlação entre a dependência tabágica (teste de Fagerström), ansiedade, depressão e stress (EADS-21) em indivíduos fumadores. Recorrendo à correlação bivariada, verificou-se a existência de correlações significativas fracas a moderadas entre o total da dependência e o valor total de ansiedade  $r(60)=0,39$ ;  $p<0,0001$ , de depressão  $r(60)=0,33$ ;  $p<0,05$ , e stress  $r(60)=0,36$ ;  $p<0,0001$ , e entre a dependência tabágica e o total da EADS-21,  $r(60)=0,40$ ;  $p<0,0001$ . Constatou-se também a existência de uma correlação estatisticamente significativa e moderada  $r(60)=0,10$ ;  $p<0,0001$  entre a dependência e os hábitos de consumo tabágicos.

Posteriormente, realizou-se o supracitado teste estatístico de forma a verificarmos uma possível correlação entre os hábitos tabágicos e os referidos testes. Constatou-se a existência de correlações significativas moderadas entre os valores totais dos hábitos tabágicos e dos valores de ansiedade  $r(60)=0,57$ ;  $p<0,0001$ , depressão  $r(60)=0,66$ ;  $p<0,0001$ , e stress  $r(60)=0,62$ ;  $p<0,0001$ . Relativamente aos valores totais das escalas (total hábitos tabágicos e total EADS-21), temos também uma correlação significativa moderada  $r(60)=0,68$ ;  $p<0,0001$ .

Verificou-se ainda, uma correlação significativa moderada entre os valores dos hábitos tabágicos relativamente à Estimulação e os valores de ansiedade  $r(60)=0,54$ ;  $p<0,0001$ , depressão  $r(60)=0,63$ ;  $p<0,0001$ , e stress  $r(60)=0,59$ ;  $p<0,0001$ , e os valores totais da EADS-21  $r(60)=0,64$ ;  $p<0,0001$ . Finalmente, verificamos também correlações significativas moderadas entre os valores de Ansiedade dos hábitos tabágicos, e os valores de ansiedade  $r(60)=0,50$ ;  $p<0,0001$ , depressão  $r(60)=0,57$ ;  $p<0,0001$ , stress  $r(60)=0,55$ ;  $p<0,0001$ , e valores totais da EADS-21  $r(60)=0,60$ ;  $p<0,0001$ .

## 8. Discussão

De uma forma geral, os resultados sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress entre os indivíduos fumadores e os indivíduos não fumadores. Contudo, pudemos observar que a dependência, analisada através do questionário de Fagerström, e os níveis de ansiedade, depressão e stress estão correlacionados, ou seja, quanto maior a dependência tabágica, maior o nível de ansiedade, depressão e stress. Também relativamente aos hábitos de consumo tabágico (Estimulação e Ansiedade), pudemos verificar que estes estão correlacionados significativamente com os níveis de ansiedade, depressão e stress.

Determinados tipos de personalidade em que prevalecem características de impulsividade ou compulsividade podem desenvolver comportamentos repetitivos orientados para a procura do prazer imediato ou para alívio de estados emocionais desagradáveis (Borges, 2006). As causas da dependência do tabaco são várias, como a acessibilidade, os factores de personalidade, factores situacionais e características dos consumos. Segundo Borges (2006), o uso de substâncias transforma-se numa perturbação pela utilização, quando as pessoas são incapazes, de forma significativa de controlar o seu consumo. A amplitude do descontrolo varia com a pessoa, as situações e

a duração (Borges, 2006). Rinaldi et. al. (1988), apresentam uma definição, em que a dependência psicológica é determinada, como um estado emocional de desejo intenso de consumo de uma substância quer pelo efeito positivo, quer pelos efeitos negativos associados à sua privação, ou seja, deprende-se desta definição que se pode ficar psicologicamente dependente do tabaco para suportar, minimizar ou evitar afectos negativos, tais como a ansiedade, depressão e raiva, que podem estar ou não associados a conflitos pessoais e / ou interpessoais (Borges, 2006).

Seria importante o desenvolvimento de futuros estudos de carácter longitudinal, que nos permitissem aprofundar e obter uma maior compreensão sobre a forma como os hábitos de consumo tabágico e a dependência implicam o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e stress, no sentido de tornarmos mais eficaz a intervenção psicológica nesse domínio.

Os resultados do presente estudo sugerem a importância das variáveis estudadas, na intervenção psicológica da cessação tabágica. Actualmente, poucos profissionais da saúde encaram as características individuais da personalidade como factor determinante da manutenção do hábito. Possivelmente, com a divulgação de estudos mais conclusivos sobre o assunto, as condutas terapêuticas encontrarão conformidade, para proporcionar melhor apoio a esses indivíduos (Rondina, et. al., 2002). No entanto, a prevenção do tabagismo deve centrar-se no Modelo Biopsicosocial, que integra a componente cognitiva e afectiva, assim como os aspectos ambientais que caracterizam a realidade social do sujeito, em que devem assentar dois tipos de abordagem, por um lado, a redução do consumo de tabaco global por aplicação de medidas regulares, e por outro lado, a modificação do comportamento individual face ao tabaco (Raposo, 2006). Os fumadores que apresentam indicadores, tais como, dependência elevada da nicotina, história de depressão e ansiedade, início dos hábitos em idade jovem, fumadores em

ambiente social e com baixa confiança nas capacidades de cessação, o suporte deve ser oferecido, individualmente ou em grupo, e deverá incluir treino de estratégias de coping e suporte social, deverá ainda, encorajar a utilização de terapêuticas e fornecer instruções e aconselhamento acerca da sua utilização (Pamplona, 2006).

Alguns fumadores utilizam o cigarro para reduzir a tensão e relaxar. É importante trabalhar com o paciente o que é o stress, as suas causas, que factores stressantes da sua vida poderia eliminar, e desenvolver técnicas para lidar com este (Gigliotti & Carneiro, 2004).

Para além das considerações clínicas e terapêuticas, a exploração dos laços existentes entre os grupos e entre diferentes perturbações psicológicas e o tabagismo oferece um interesse especulativo considerável às vias de investigação que ela abre no domínio da neurobiologia, da psiquiatria e das ciências do comportamento (Kahn, 2003).

## 9. Referências

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Borges, M. L. (2006). Aspectos psicológicos da dependência tabágica. In E. Pestana (Ed.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp.167-194). Porto: Lidel – Edições Técnicas.
- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. C. (Coords.) (2007). *Tabagismo. Usos, abusos e dependências. Manual técnico 4*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gigliotti, A. & Carneiro, E. (2004). Tratamento psicossocial do tabagismo. In C. Ferreira-Borges, H. Filho (Coords.), *Tabagismo. Usos, abusos e dependências. Manual técnico 3* (pp.3-9). Lisboa: Climepsi Editores.

- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Kahn, J.-P. (2003). Dependência tabágica, desabituação e psicopatologia. In Y. Martinet & A. Bohadana (Coords.), *O Tabagismo. Da prevenção à abstinência* (pp.313-320). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martinet, Y. & Bohadana, A. (Eds.)(2003). *O Tabagismo. Da prevenção à abstinência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moreira, S. (2006). Nicotina e mecanismo de dependência. In E. Pestana (Ed.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp.61-76). Porto: Lidel – Edições Técnicas.
- Nunes, L. M. & Jólluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adicção: Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições UFP.
- Pamplona, P. (2006). Intervenção na Prática Clínica. In E. Pestana (Ed.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp.101-136). Porto: Lidel – Edições Técnicas.
- Raposo, M. S. (2006). Prevenção do Tabagismo. In E. Pestana (Ed.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp.247-266). Porto: Lidel – Edições Técnicas.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rondina, R. C., Botelho, C. & Gorayeb, R. (2002). A psicologia do consumo de tabaco: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 179-189.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do autor.

Simões, S. (2006). História do Tabaco. In E. Pestana (Ed.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp.1-24). Porto: Lidel – Edições Técnicas.

Vitória, P. (2004). Paradigmas actuais. In C. Ferreira-Borges & H. Filho (Coords.), *Tabagismo. Usos, abusos e dependências. Manual técnico 3* (pp.215). Lisboa: Climepsi Editores.

World Health Organization (2007). *ICD Version 2007*. Retirado a 28 de Novembro de 2007, de <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.