

Instrumentos para Avaliação do Tabagismo: uma revisão sistemática

Instruments used to evaluate smoking habits: a systematic review

Juliana Dias Pereira dos Santos ¹
Daniel Vitório Silveira ¹
Daniele Falci de Oliveira ¹
Waleska Teixeira Caiaffa ¹

Abstract Smoking is one of the most important causes of illness in the world, responsible for one out of every eight deaths. To know the instruments that characterize the use of tobacco is the first step to develop reliable and comparable research to tackle this challenge. The objective was to identify and compare instruments and domains used in population-based studies over the past five years aiming to determine smoking patterns. A systematic review was conducted on articles published from September 2002 to September 2007. The terms used were: (*Smok or tobacco) AND (Questionnaire or scale or score or instrument or assessment or form) AND (*cultural* or translat* or valid* or reproduc* or psychomet*). Out of 2,236 references, 186 articles were selected, of which only 91 informed the instruments used. From the 91 manuscripts, 49 distinct instruments were identified. The main topics were profile and prevalence (38%), dependence (24%) and motivation (10,8%). The researchers used standard instruments in 96% of studies of addiction. The majority of articles about profile and prevalence (79%) used self-developed questionnaires. The transparency and standardization of instruments and the preference for the use of validated questionnaires are crucial areas for quality and reproducibility of research on smoking.

Key words Systematic review, Instrument, Smoking

Resumo O tabagismo é um dos principais responsáveis pela carga de doenças no mundo, causando uma a cada oito mortes. Conhecer os instrumentos que caracterizam o uso do tabaco é o primeiro passo para desenvolver pesquisas qualificadas e comparativas para enfrentar esse desafio. O objetivo foi identificar instrumentos e comparar domínios temáticos utilizados em pesquisas populacionais para avaliação do tabagismo nos últimos 5 anos. Foi realizada revisão sistemática em publicações de setembro de 2002 a setembro de 2007. Os termos utilizados foram: (Smok* or tobacco) AND (Questionnaire or scale or score or instrument or assessment or form) AND (*cultural* or translat* or valid* or reproduc* or psychomet*). Foram selecionados 186 artigos do total de 2236. Em apenas 91 havia citação dos instrumentos utilizados. Os principais temas foram perfil e prevalência (38%), dependência (24%) e motivação (10,8%). Questionários definidos foram empregados em 96% dos estudos de dependência. Já nas pesquisas de perfil e prevalência 79% utilizaram questionários próprios. A transparência e a padronização dos instrumentos e a preferência pelo uso de questionários validados são quesitos essenciais para a qualidade e reprodutibilidade das pesquisas sobre o tabagismo.

Palavras-Chave Revisão sistemática, Instrumento, Tabagismo

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena 1212, Centro. 30130-003 Belo Horizonte MG. jugaucha@uol.com.br

Introdução

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1,2 bilhão de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes¹.

O fumo é fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas². O tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos³.

Atualmente, o tabaco responde por 15% do total de mortes em países em desenvolvimento⁴. Caso providências não sejam tomadas, prevê-se que no ano 2020 o índice de mortalidade atribuível ao tabagismo dobre⁵, sem contar com os enormes custos sociais, econômicos e ambientais por ele provocados⁶.

Por todos esses motivos, o fumo tem sido alvo de pesquisas de forma crescente em todo o mundo. Conhecer a prevalência do problema, o perfil dos fumantes e seus hábitos tabágicos, as motivações para fumar ou deixar de fumar e detalhar a dependência são alguns dos enfoques dos pesquisadores. O interesse na compreensão do tabagismo leva os pesquisadores a investigar o tema de diversas formas.

Inquéritos populacionais e pesquisas clínicas apresentam diferentes instrumentos e muitas vezes não identificam quais foram usados. Essa realidade dificulta a comparabilidade de resultados e a compreensão dos dados apresentados. Conhecer os instrumentos que caracterizam o uso do tabaco é o primeiro passo para desenvolver pesquisas qualificadas e enfrentar esse desafio.

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática de instrumentos utilizados em trabalhos publicados para a avaliação do tabagismo com enfoque em estudos populacionais nos últimos cinco anos. O trabalho visa verificar a frequência do uso de questionários padronizados e caracterizar os domínios temáticos de cada um entre os pesquisadores sem avaliar a qualidade dos métodos. O artigo pretende oferecer ao leitor interessado em desenvolver pesquisas no tema a identificação de instrumentos que permitam a comparabilidade com os resultados de outros estudos recentes.

Métodos

Revisão Literária

Foi realizada uma busca ampla de artigos publicados nas principais bases catalográficas descritas abaixo, que incluíssem em seu resumo uma definição dos instrumentos que abordassem os diversos aspectos do tabagismo, tais como: prevalência, hábito tabagista, opinião, crenças, dependência, fissura, abstinência, estágio motivacional e cessação.

Os termos escolhidos para pesquisa foram: (Smok* or tobacco) AND (Questionnaire or scale or score or instrument or assessment or form) AND (*cultural* or translat* or valid* or reproduc* or psychomet*). As datas das publicações incluídas foram de setembro de 2002 a setembro de 2007. Os limites utilizados na busca foram: publicações em inglês, espanhol e português; estudos realizados em humanos e todos os tipos de artigo (originais ou revisões) que tinham o resumo disponível. Na Figura 1 encontra-se o processo usado para rastrear e selecionar os artigos desta revisão. A busca por literatura publicada foi realizada através de dois mecanismos principais: PubMed e Bireme/Biblioteca Virtual de Saúde.

O mecanismo de busca da Bireme incluiu as seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, Adolec, Adsauade, BBO, BDENF, Bioetica, Desastres, HISA, Homeindex, Leyes, Medcarib, Repidisca, PAHO, WHOLIS. Pela PubMed foram acessados a base de dados do Medline e demais jornais indexados.

A decisão de revisão sistemática no formato descrito foi baseada nos últimos artigos que definem esta metodologia, em especial o Data Collection Instrument and Procedure for Systematic Reviews in the Guide to Community Preventive Services. Foram usados como exemplos o "Guide for Useful Interventions for Physical Activity in Brazil and Latin América"⁷ e o artigo "Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review"⁸.

Os artigos encontrados foram divididos entre os três pesquisadores treinados previamente com leituras de consensos e artigos sobre tabagismo. O estudo era classificado em incluído, excluído ou dúvida utilizando os critérios de seleção descritos. Aqueles trabalhos que geravam dúvidas eram avaliados pelos três pesquisadores para definição por consenso sobre sua classificação final. Sobre os incluídos registrávamos o título, o ano de publicação, o autor principal, o país de origem, a língua e o registro sobre o ques-

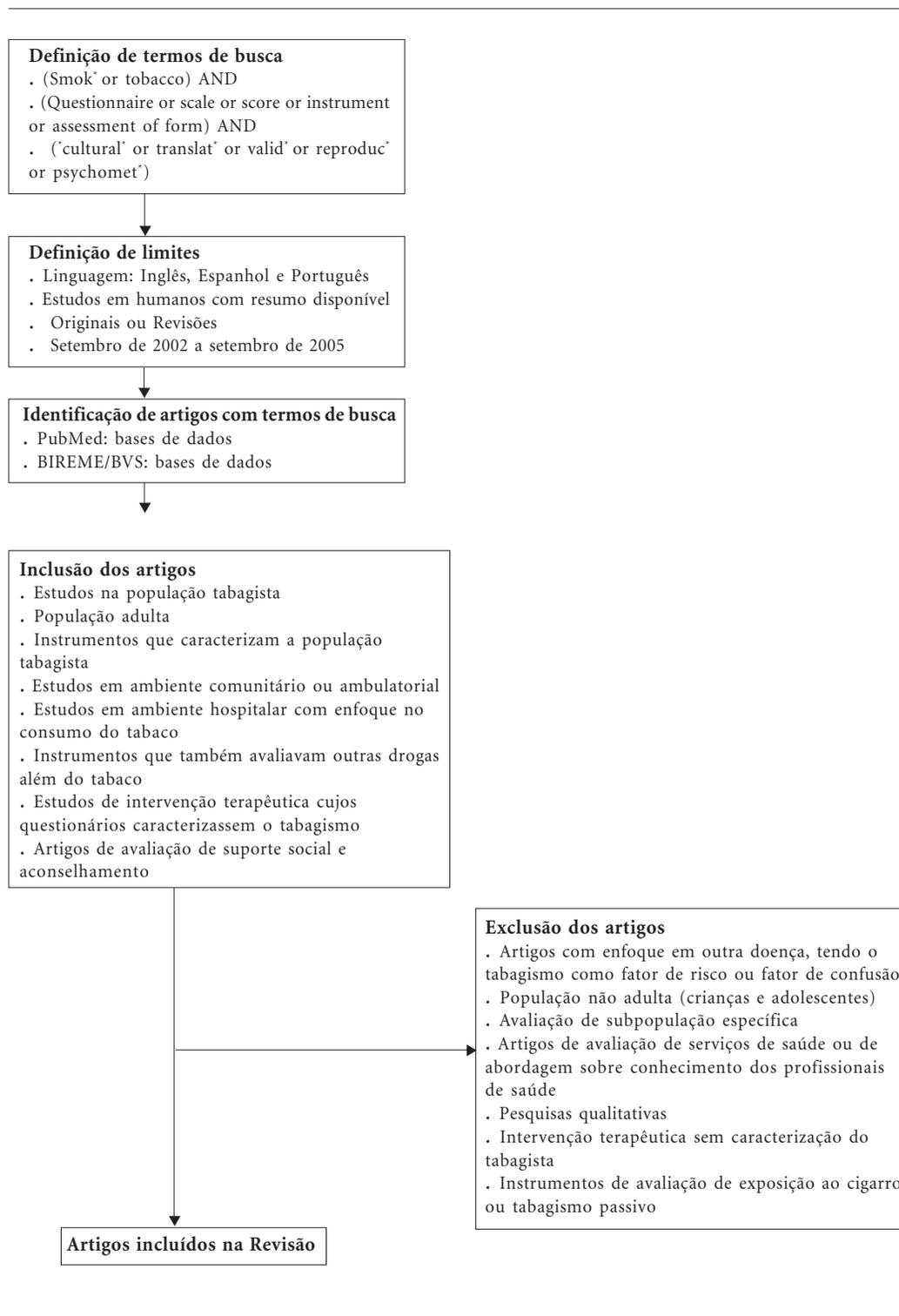


Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos incluídos na revisão.

tionário utilizado e os aspectos abordados pelo mesmo. Sobre os excluídos eram anotados os motivos de sua retirada.

Crítérios de Inclusão

O objetivo era identificar os instrumentos utilizados nos estudos realizados no tema tabagis-

mo nos últimos cinco anos. Alguns artigos enfocavam os resultados de determinadas intervenções, outros apresentavam apenas o fumo como um dos fatores de risco para outra doença sem ocupar-se na caracterização do tabagismo. Por isso, a pergunta principal para seleção do artigo era: “Os instrumentos utilizados na população em estudo caracterizavam os tabagistas ou aspectos do tabagismo na comunidade?”. Portanto, artigos que estudavam intervenções na população tabagista e que usavam instrumentos para a caracterização desta população foram incluídos.

A população escolhida foi de adultos. Foram selecionadas pesquisas enfocadas em avaliação de tabagismo ou tabagistas que tinham a doença como desfecho primário ou o objetivo principal do estudo. Incluímos estudos conduzidos tanto em ambiente comunitário quanto em ambulatórios. Os estudos realizados em ambiente hospitalar foram incluídos desde que não enfocassem patologias dos pacientes internados e sim suas características ligadas ao consumo do tabaco.

Estudos cujos instrumentos avaliavam outras drogas além do tabaco simultaneamente foram incluídos desde que a caracterização do uso da droga fosse o objetivo principal do artigo. Da mesma forma, instrumentos que avaliavam hábitos de vida além do tabagismo foram selecionados, desde que o desfecho principal em estudo não fosse alguma doença específica e sim o estudo dos hábitos. Artigos cuja intervenção terapêutica era o foco foram selecionados desde que os questionários utilizados caracterizassem o tabagista ou tabagismo.

Os trabalhos selecionados avaliavam prevalência, perfil do tabagista, hábito tabagístico, estágio motivacional, opinião da comunidade sobre o fumo, fissura, abstinência e dependência. Foram incluídos artigos de avaliação de suporte social e de aconselhamento recebidos pelo tabagista, já que este é um dos aspectos que interferem na adequação do plano de ação para enfrentamento do problema.

Crítérios de Exclusão

Nossos critérios buscavam selecionar os instrumentos que enfocassem o tabagismo. Assim, artigos cujo enfoque era outra doença e o tabaco era abordado apenas como fator de confusão ou fator de risco foram excluídos. Exemplos são os artigos em que os instrumentos são enfocados em avaliação de risco cardiovascular, infarto agudo do miocárdio ou algum tipo de câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica ou déficit de memória.

Outro critério que eliminou alguns artigos obtidos no levantamento inicial foi a definição de população adulta. Observamos estudos relacionados à pesquisa do tema na população adolescente, porém a avaliação do uso de drogas nessa população utiliza questionários e instrumentos desenvolvidos especificamente para esta faixa etária. Trazem perguntas enfocadas nos fatores associados à iniciação da droga e utilizam linguagem e cuidados especiais (confidencialidade e checagem da veracidade das informações) para a pesquisa com jovens. Outros questionários encontrados avaliavam a gestante tabagista ou minorias étnicas também trazendo perguntas enfocadas para a subpopulação em estudo, sendo portanto excluídos.

Os artigos voltados para avaliação de serviços de saúde ou a abordagem e conhecimentos dos profissionais de saúde também foram excluídos. Optamos também por não incluir instrumentos de avaliação de exposição ao cigarro ou tabagismo passivo assim como aqueles em intervenções terapêuticas no tabagismo, porém sem caracterização do hábito tabagístico ou do tabagista. Outras formas de avaliação tais como verificar opiniões sobre tabagismo através de imagens relacionadas ao tema ou pesquisa qualitativa também foram excluídas.

Metodologia da Classificação

Os questionários foram categorizados conforme os aspectos do tabagismo que eram abordados. Foram utilizadas sete categorias: Perfil e Prevalência, Fissura e Abstinência, Dependência, Motivação, Cessação, Opinião e Conhecimento e Outros. O instrumento podia abordar mais de uma categoria.

Garantindo a Qualidade e a Confiabilidade

A análise de confiabilidade realizada para avaliar a concordância entre os três investigadores foi o coeficiente kappa (k). Para este fim, selecionamos uma amostra aleatória de cinco por cento (5%) do conjunto de artigos levantados em cada base de dados totalizando 75 artigos do PubMed e 38 artigos da Biblioteca Virtual de Saúde.

Resultados

A busca realizada através da BIREME resultou em 747 artigos e através do PubMed obtivemos 1489 artigos.

Após avaliação dos resumos, de acordo com os critérios descritos, foram selecionados 186 artigos, sendo que 52 destes foram obtidos nos dois mecanismos de busca (Bireme e PubMed), 48 foram obtidos só na Bireme e 86 só no PubMed. Este resultado confirmou a observação dos pesquisadores de que em torno de 28% dos artigos revisados estavam repetidos por estarem presentes nas duas fontes investigadas (Figura 2).

Características das publicações

Entre os trabalhos selecionados, 95,7% eram trabalhos na língua inglesa e apenas 2,15% em espanhol e 2,15% em português. Também observamos que 49% das publicações eram originárias de pesquisadores da América do Norte, 6% da América Latina, 33% da Europa, 9% da Ásia e 3% da Oceania. Os países com maior número de publicações foram Estados Unidos (47,3% dos artigos) e Inglaterra (12,9%). No Brasil foi responsável por 3,76% dos artigos selecionados para a revisão.

Dos 186 artigos selecionados, 95 (51,1%) apresentavam resumos sem a caracterização de qual questionário havia sido utilizado para avaliação dos tabagistas. A maioria destes resumos sugeria que o instrumento utilizado foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa e que provavelmente não tinha sido testado ou validado.

Foram selecionados aleatoriamente 30% destes artigos para verificar se a leitura na íntegra explicitava o instrumento utilizado. Foram obtidas especificações de questionários em apenas 7

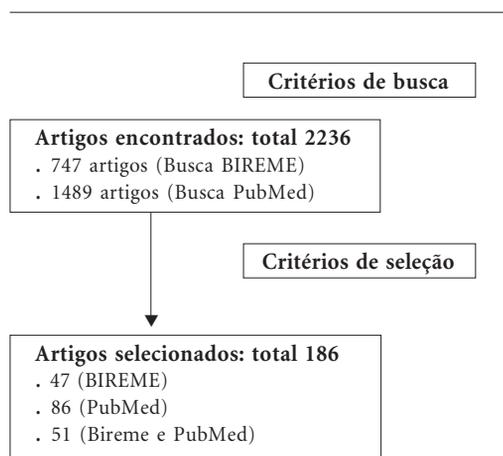


Figura 2. Fluxograma com resultados obtidos na seleção de artigos.

(23%) dos 30 artigos analisados. (Figura 3) Além disto, as perguntas utilizadas para definição do tabagista, em alguns estudos, não era citada, trazendo dificuldade na interpretação e comparabilidade dos resultados apresentados.

Análise de Confiabilidade

Para a análise de confiabilidade, no primeiro momento, os três investigadores analisaram individualmente os 113 artigos classificando-os em três categorias: artigos incluídos, excluídos ou dúvida.

Utilizaram-se os critérios de seleção de artigos já citados para esta definição. Essa avaliação entre os pares de pesquisadores resultou em kappa (k) ponderado de 0,67 a 0,75 com k médio de 0,71,

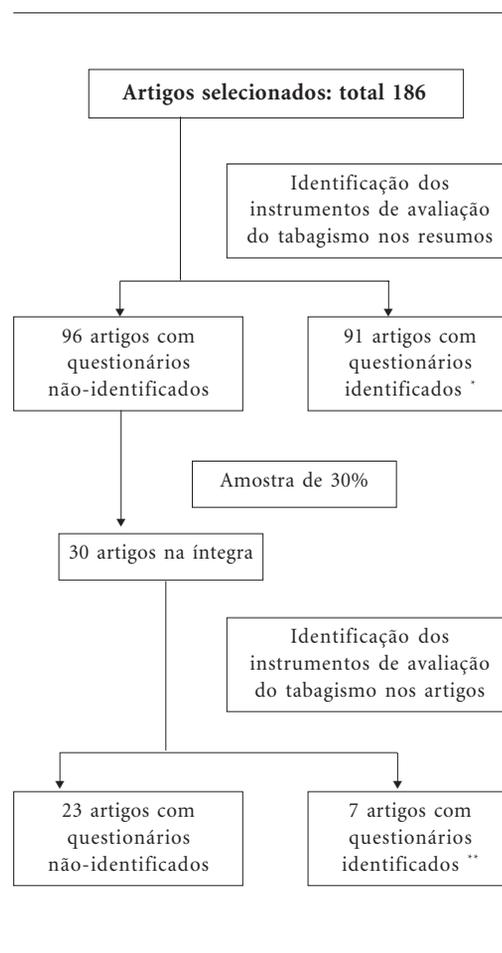


Figura 3. Fluxograma com resultados obtidos na busca de instrumentos apresentados nos resumos e nos artigos.

* e **: os questionários assim identificados estão listados na Tabela 1.

correspondente a boa concordância. No segundo momento, o trio reuniu-se para resolver a classificação dos artigos de dúvida definindo-os como incluídos ou excluídos. Considerando a classificação final desses artigos, um kappa simples foi refeito com apenas duas categorias (excluído ou incluído). Nessa análise, obteve-se um kappa de 0,78 a 0,92 sendo o k médio igual a 0,83. Concluindo, após a resolução dos artigos que geravam dúvidas, a concordância obtida entre os três investigadores foi excelente.

Categorização dos questionários

Utilizando-se as categorias Perfil e Prevalência, Fissura e Abstinência, Dependência, Motivação, Cessação, Opinião e Conhecimento e Outros, obtivemos o resultado apresentado na Tabela 1. Alguns questionários dos artigos selecionados estão presentes em mais de uma categoria por apresentarem questionários com abordagem ampla do tabagismo. Outros trabalhos contaram mais de uma vez numa mesma categoria por apresentarem mais de um instrumento no mesmo tema.

O tema “Perfil e Prevalência” foi o mais abordado, sendo encontrados um total de 81 artigos que utilizavam questionários avaliando este foco. Entretanto, observa-se que a maior parte dos instrumentos utilizados não foram especificados nos respectivos artigos. Dentro deste tema, o levantamento apresentou 17 questionários identificados e 67 artigos que não apresentavam a identificação de qual questionário foi usado para avaliar o assunto em questão.

Já em relação ao tema “Dependência” nota-se o maior percentual de questionários especificados, sendo em alguns casos instrumentos já validados em muitos países, como por exemplo, o questionário de Fagerström. Nesse tema, encontra-se o segundo maior número de artigos.

Na categoria “Motivação”, terceiro tema mais frequente, também temos uma maioria (61%) de questionários identificados nos resumos.

Nas categorias “Fissura e Abstinência”, “Cessação” e “Opinião” encontram-se ainda poucos artigos abordando os respectivos temas. A categoria Fissura e Abstinência apresentou 74% dos questionários identificados ao contrário dos outros dois temas nos quais a maior parte dos artigos não identificava seus instrumentos.

Na categoria “Outros” incluímos artigos que avaliavam temas como suporte social e iniciação.

Instrumentos Identificados

Os instrumentos identificados através dos resumos selecionados estão listados na Tabela 2.

O questionário mais citado foi o Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) com 34 citações. Encontrou-se sete citações dos instrumentos Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV), Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) e Heavy Smoking Index (HSI).

Discussão

A avaliação do tabagismo na comunidade e do próprio fumante permite conhecer as relações das pessoas com o cigarro. Para a abordagem do fumante e seu tratamento adequado torna-se necessário conhecer seus hábitos e crenças. Da mesma forma, o planejamento das ações coletivas junto à comunidade deve partir da opinião e comportamento observados. Adequar as ações de saúde às necessidades particulares é uma estratégia importante para obter melhores resultados. Por esse motivo, a escolha do instrumento é decisão fundamental e a pesquisa nesta área auxilia, em última análise, na definição das políticas e terapêuticas para o enfrentamento deste

Tabela 1. Distribuição dos artigos por temas abordados.

Temas dos Questionários	Total de artigos abordando o tema	Questionários Especificados	%
Perfil e Prevalência	81	17	21
Fissura e Abstinência	19	14	74
Dependência	51	49	96
Motivação	23	14	61
Cessação	17	6	35
Opinião	17	8	47
Outros	4	1	25

Tabela 2. Questionários Identificados e Aspectos do Tabagismo Abordados.

Questionário	Perfil e Prevalência	Fissura e Abstinência	Dependência	Motivação
1 Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	X		X	
2 Attitudes and Beliefs about Perceived Consequences of Smoking Scale and a Demographic Data Questionnaire				
3 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)	X			
4 Chinese version Decisional Balance Scale (CDBS)				X
5 Cigarette Dependence Scale (CDS-12 e CDS-5)			X	
6 Cigarette Withdrawal Scale (CWS)		X		
7 College Tobacco Survey (CTS)	X			
8 Contemplation Ladder and the University of Rhode Island Change Assessment (URICA)				X
9 Danish Nationwide Health Surveys	X			
10 Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV)			X	
11 Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)			X	
12 Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ)			X	
13 Heavy Smoking Index (HSI)			X	
14 Hooked On Nicotine Checklist (HONC)			X	
15 US Centers of Disease Control's health-related quality of life (HRQOL)	X			
16 Implicit Association Test				X
17 Kano Test for Social Nicotine Dependence			X	
18 Knowledge, Attitude and Practice (KAP)				
19 Lifetime Drug Use (LDU) Questionnaire	X			
20 Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire	X			X
21 Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (M-NWS)		X		
22 Minnesota Withdrawal Form (MWF).		X		
23 Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS)				X
24 Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS)		X		
25 Multidimensional Health Locus of Control Scale				
26 Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS)			X	
27 Perceived Risks and Benefits Questionnaire (PRBQ)				
28 Questionnaire of Smoking Urges (QSU)		X		
29 Questionnaire on Smoking Urges-Brief (QSU-Brief)		X		
30 Reasons for Smoking Scale (RSS)				X
31 Self-Efficacy				
32 Shiffman Scale (SS)		X		
33 SIVFRENT	X			
34 Smokers' Perceived Health Risk Evaluation (SPHERE)				
35 Smoking Cessation Risk Factor Interview Scale (SCRIFIS)				X
36 Smoking Consequences Questionnaire (SCQ)				X
37 Smoking Effects Questionnaire (SEQ)				X
38 Social Will for Tobacco Control Instrument				
39 Stages of Change (SOC)				X
40 SAMHSA questionnaire (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)	X			
41 Support Interview (SI)				
42 Support Provided Measure (SPM)	X			
43 Tobacco Intervention Risk Factor Interview Scale (TIRFIS)				
44 Tobacco Beliefs Management Scale-Tobacco Cultural Concerns Scale (TBMS-TCCS)				
45 Tiffany Questionnaire for Smoking Urges (TQSU)		X		
46 Tobacco Craving Questionnaire (TCQ)		X		
47 US 2000 National Health Interview Survey				
48 Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68)				X
49 Wisconsin Withdrawal Scale (WWS)		X		

continua

Tabela 2. continuação

	Questionário	Cessação	Opinião e Conhecimento	Outros	Nº citações
1	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)				3
2	Attitudes and Beliefs about Perceived Consequences of Smoking Scale and a Demographic Data Questionnaire		X		1
3	Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)				1
4	Chinese version Decisional Balance Scale (CDBS)				1
5	Cigarette Dependence Scale (CDS-12 e CDS-5)				3
6	Cigarette Withdrawal Scale (CWS)				3
7	College Tobacco Survey (CTS)				1
8	Contemplation Ladder and the University of Rhode Island Change Assessment (URICA)				1
9	Danish Nationwide Health Surveys				1
10	Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV)				7
11	Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)				34
12	Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ)				7
13	Heavy Smoking Index (HSI)				7
14	Hooked On Nicotine Checklist (HONC)				5
15	US Centers of Disease Control's health-related quality of life (HRQOL)				3
16	Implicit Association Test				1
17	Kano Test for Social Nicotine Dependence				1
18	Knowledge, Attitude and Practice (KAP)		X		1
19	Lifetime Drug Use (LDU) Questionnaire				1
20	Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire				1
21	Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (M-NWS)				3
22	Minnesota Withdrawal Form (MWF)				1
23	Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS)				1
24	Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS)				2
25	Multidimensional Health Locus of Control Scale				1
26	Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS)				5
27	Perceived Risks and Benefits Questionnaire (PRBQ)	X	X		1
28	Questionnaire of Smoking Urges (QSU)				4
29	Questionnaire on Smoking Urges-Brief (QSU-Brief)				1
30	Reasons for Smoking Scale (RSS)				1
31	Self-Efficacy	X			1
32	Shiffman Scale (SS)				1
33	SIVFRENT				1
34	Smokers' Perceived Health Risk Evaluation (SPHERE)		X		1
35	Smoking Cessation Risk Factor Interview Scale (SCRIFIS)				1
36	Smoking Consequences Questionnaire (SCQ)				4
37	Smoking Effects Questionnaire (SEQ)				1
38	Social Will for Tobacco Control Instrument		X		1
39	Stages of Change (SOC)				1
40	SAMHSA questionnaire (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)				2
41	Support Interview (SI)			X	1
42	Support Provided Measure (SPM)				1
43	Tobacco Intervention Risk Factor Interview Scale (TIRFIS)		X		1
44	Tobacco Beliefs Management Scale-Tobacco Cultural Concerns Scale (TBMS-TCCS)		X		1
45	Tiffany Questionnaire for Smoking Urges (TQSU)				1
46	Tobacco Craving Questionnaire (TCQ)				3
47	US 2000 National Health Interview Survey	X			1
48	Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68)				2
49	Wisconsin Withdrawal Scale (WWS)				2

continua

importante problema de saúde pública, tanto no nível do indivíduo quanto da comunidade, aqui entendido como o em torno do indivíduo ou os determinantes de contexto.

Aspectos Gerais sobre as publicações

A maioria dos artigos encontrados nessa revisão foi de língua inglesa, originado na América do Norte, o que reflete a importância que estes dão tanto às publicações/produções científicas, notadamente ao tema tabagismo. Em 2006, os EUA responderam por 30% de todos os artigos publicados no mundo. Isso explica o achado de 47,3% dos artigos encontrados nessa revisão serem produzidos por esse país.

No Brasil, o número de artigos na área ainda é pequeno. Nesta revisão foram apenas sete publicações nacionais. Apesar da crescente produção científica nacional, na clínica médica, em 2004, apenas 1,4% dos artigos publicados no mundo foram produzidos por pesquisadores residentes no Brasil⁹. Paradoxalmente, é notado o esforço por parte dos órgãos competentes em implementar políticas de redução ao tabagismo¹⁰.

Temas Abordados nos Instrumentos

Neste estudo, observou-se que nos inquéritos populacionais a abordagem era essencialmente voltada para a história tabagística dos indivíduos (sua iniciação, uso atual, quantos cigarros fumava por dia e tentativas prévias de cessação sem discriminar motivações e motivos de fracasso ou sucesso na cessação), aqui classificada como “Perfil e Prevalência”. Já em pesquisas clínicas, o maior enfoque foi dado à dependência, fissura e abstinência. Estudos focalizando os aspectos motivacionais estavam em menor número.

Em publicação recente, Presman¹¹ salienta sete aspectos importantes a serem abordados no tabagista para estabelecer seu plano terapêutico: história do tabagismo, tentativas anteriores (fatores de sucesso na cessação ou situações que levam à recaída), apoio social, dependência, grau de motivação e prontidão, doenças médicas e doenças psiquiátricas.

Dessa forma, entendemos que os instrumentos utilizados devem estar atentos a aspectos essenciais do tabagismo e adequados ao objetivo das intervenções pretendidas.

Prevalência e Perfil do Tabagista

Na busca da compreensão da realidade do tabagismo, o passo inicial é conhecer a magnitude do problema na comunidade. No entanto, a avaliação dessa prevalência necessita de ajustes demográficos, definição do conceito de tabagista e conhecimento dos determinantes sociais do grupo estudado.

A OMS observa que a contribuição da população de 0 a 14 anos no consumo de tabaco é limitada por isso considera na maioria dos inquéritos apenas a população maior de 15 anos. Porém, sendo a prevalência do tabagismo na faixa etária de 10 a 20 anos bastante variável, particularidades regionais devem ser avaliadas¹². No Brasil, observa-se que o recente Inquérito Domiciliar realizado pelo INCA também considerou a prevalência na população de maiores de 15 anos¹³.

A prevalência do tabagismo pode ser estudada com abordagem no “uso na vida” e/ou no “uso atual”. No questionário usado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS apud INCA), o “uso na vida” tem sido dividido em três categorias:

- . nunca fumantes (aqueles que não fumaram ou fumaram menos de 100 cigarros durante toda a vida);
- . ex-fumantes (aqueles que já fumaram pelo menos 100 cigarros durante a vida, mas haviam parado de fumar);
- . fumantes atuais (aqueles que já fumaram 100 ou mais cigarros durante a vida e que continuavam fumando).

É importante observar que essa classificação não permite diferenciar os que nunca experimentaram o tabaco e aqueles que usaram poucas vezes.

Ainda em relação ao “uso atual”, outros estudos apresentam instrumentos que variam bastante quanto ao período da exposição considerado. As perguntas podem abranger desde os últimos 30 dias até o último ano. Para complicar, alguns estudos se restringem a considerar o uso como atual quando o entrevistado relata fumar sem esclarecimento do período considerado¹⁴.

Além disso, o instrumento pode distinguir ou não este “uso atual” como “uso regular” ou “uso ocasional”, dependendo da pergunta realizada. Em alguns casos, essa definição do fumante fica a critério do próprio indivíduo entrevistado, com perguntas do tipo: “Você fuma ocasionalmente ou de forma regular?”

O critério utilizado para definir fumante regular pela OPAS¹³ considera fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou cinco maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente. Tal critério também foi utilizado para o Inquérito Domiciliar realizado pelo INCA (Instituto Nacional do Câncer) em 2004⁶, pelo BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System)¹⁵ e pelo NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey)¹⁶. No NHANES e no BRFSS o fumante regular é discriminado em “fuma todos os dias” ou “fuma alguns dias”.

Quanto ao “uso regular”, a OMS considera fumante regular aquele que fuma cinco cigarros por dia há mais de 15 dias. Menos do que isso é considerado fase de experimentação¹⁷. Considerando que o público jovem pode ainda não ter comportamento aditivo regular, acredita-se que, nesta essa faixa etária, perguntas mais amplas captam um maior número de usuários do tabaco. Para estudo do tabagista jovem, a OMS junto com o Centro de Controle de Doenças (CDC) desenvolveu o Global Youth Tobacco Survey que tem utilizado a seguinte questão para definir o fumante: “ter fumado durante um ou mais dias nos últimos 30 dias”¹⁸.

Já em estudos como o de Gigliotti e Laranjeira¹⁹, fumante é aquele(a) que fuma pelo menos um cigarro por semana. Entretanto, esse estudo brasileiro comparou seus dados com um estudo europeu²⁰ que considerou fumante aquele que fumava pelo menos um cigarro por dia. Confirmando, uma vez mais que existe uma clara variação da definição do fumante regular nas diferentes pesquisas.

Nos estudos selecionados nessa revisão, observamos uma pesquisa de prevalência que também utilizou o critério de uso de um cigarro por dia²¹. Outro estudo contabilizou como fumantes aqueles que tinham dado uma tragada nos últimos sete dias²². Harakeh *et al.*²³ usou questionários autoaplicáveis com escalas de nove pontos para definir uso atual e classificou como não fumantes aqueles que escolhiam respostas de “nunca fumou” até “Eu fumo menos de uma vez por mês” e como fumante regular as respostas incluídas entre “Eu fumo pelo menos uma vez por mês” e “Eu fumo pelo menos uma vez por dia”²³. Nesse estudo o uso na vida foi obtido pela mesma pergunta separando os que nunca fumaram dos demais.

Os diferentes conceitos sobre quem é o tabagista podem gerar discrepâncias na comparação de estudos em uma mesma população ou dificultar a comparação de dados sobre o tabagismo

em diferentes populações. Além disso, o uso de conceitos distintos pode influenciar a interpretação dos resultados de pesquisas sobre intervenções terapêuticas. Um grupo de “tabagistas” que conte com fumantes de uma tragada nos últimos sete dias podem responder de forma diferenciada de um grupo de fumantes de pelo menos cinco cigarros por dia quando expostos a um determinado tratamento proposto.

Quanto aos tipos de consumo de tabaco, existem diferentes formas no mundo, porém no Brasil, parece ser o cigarro a forma predominante. Dessa forma, os programas de atenção primária que buscam uma sucinta avaliação de sua população quanto ao perfil tabagístico podem, em geral, suprimir perguntas sobre os demais usos de tabaco.

Dependência

A Nicotina é considerada uma droga psicotrópica ou psicoativa²⁴ e o uso frequente de cigarro e outras formas de tabaco que contem nicotina leva ao desenvolvimento de tolerância e dependência em processo semelhante ao desenvolvido por outras drogas como cocaína e heroína. O processo da dependência envolve fatores ambientais e biológicos, psicológicos e farmacológico sendo este último considerado o principal fator na tolerância e dependência da nicotina²⁵. Diversos questionários foram idealizados então para identificar e aferir o grau de dependência do indivíduo na tentativa de quantificar o dano causado pelo tabagismo e orientar possíveis intervenções terapêuticas.

Os critérios para definição de dependência mais utilizados são o da Associação Psiquiátrica Americana (DSM IV) e o da Organização Mundial de Saúde (CID 10). O DSM IV inclui como critérios o uso diário de nicotina por semanas, sintomas de abstinência como insônia, ansiedade, irritabilidade, taquicardia que não sejam provocados por distúrbios clínicos, e que provoquem mal estar com deterioração social ou laborativa do indivíduo²⁶. Já o CID 10 inclui como critérios para definição de dependência um forte desejo ou compulsão para o uso da substância, dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância, sintomas de abstinência na descontinuação do uso, desenvolvimento de tolerância,

abandono de outras atividades pelo consumo, persistência no uso da substância apesar das evidências de consequências nocivas²⁷.

Entre os artigos pesquisados, aqueles que avaliaram a dependência foram os que mais uti-

lizaram questionários padronizados. Entre os 49 artigos que utilizaram instrumentos específicos para avaliação de dependência, os mais citados foram o Questionário de Tolerância de Fagerström para Dependência à Nicotina, o Hooked On Nicotine Checklist e o The Heaviness of Smoking Item. O Teste de Fagerström foi o instrumento mais citado entre todos aqueles que avaliam o tabagismo. O teste é difundido em todo o mundo, traduzido para diversas línguas e validado em vários países, se baseia em dados objetivos e é de simples aplicação. No entanto apresenta como ponto negativo a não contemplação dos aspectos emocionais envolvidos na dependência²⁸.

A grande padronização no uso de questionários no estudo de dependência talvez ocorra devido a grande possibilidade de aplicação clínica destes instrumentos. Há uma relação direta entre o nível de dependência, abstinência e craving e o sucesso de intervenções terapêuticas. Desta forma é importante detectar fumantes com grande dependência, baixa motivação e com grandes possibilidades de desenvolver sintomas de abstinência e craving para avaliar o impacto que o fumo provoca no indivíduo ou desenvolver um plano terapêutico que minimize o risco de fracasso no abandono do tabagismo.

Abstinência

A Síndrome de abstinência é descrita como a presença de sintomas de irritabilidade, ansiedade, nervosismo, cansaço ou dificuldade de concentração quando da interrupção do uso de determinada substância²⁹. O craving ou fissura ocorre na síndrome de abstinência e é descrito como um processo neurofisiológico que inclui necessidade intensa, regular, disruptiva, persistente e intrusiva de consumir uma substância²⁹. Pode ocorrer durante o uso, na fase de desintoxicação ou após interrupção mais prolongada³⁰.

Os questionários mais citados no estudo da abstinência e craving foram o Questionnaire of Smoking Urges, Cigarette Withdrawal Scale (CWS) e o Wisconsin Withdrawal Scale. A exemplo dos estudos sobre dependência um grande número de artigos que abordavam abstinência e craving utilizou instrumentos padronizados. No entanto também foram encontrados artigos em que os autores optaram por desenvolver um instrumento próprio ou versões curtas e variações de instrumentos já amplamente utilizados. Alguns artigos também utilizaram questionários desenvolvidos pelos autores que incluíam per-

guntas isoladas ou uma miscelânea de perguntas de questionários padronizados.

Motivação

Em nossa revisão o número de artigos cujo tema versava sobre Motivação foi considerado pequeno (23 dos 186 artigos). A importância de se conhecer a motivação está relacionada diretamente a maiores chances de êxito no tratamento de dependentes químicos.

Em 1982 foi desenvolvido o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente com o objetivo de compreender como as pessoas mudam, baseando-se na premissa que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas variam suas posturas frente ao comportamento-problema conforme seus níveis de motivação. Posteriormente, em 1992, desenvolveram um instrumento para identificar os estágios de mudança quando os clientes iniciam um tratamento, sendo estes definidos como: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção³¹.

A Pré-contemplação é um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema; a Contemplação se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, no entanto há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança; a Ação se dá quando o cliente escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido e a Manutenção é o estágio onde se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação³¹.

Segundo Oliveira et al., avaliar os estágios motivacionais e promover um tratamento individualizado, tendo como meta a motivação para mudança são aspectos importantes para tornar as intervenções mais eficazes³¹.

Cessaçã

O objetivo final das intervenções realizadas no tabagismo é obter a cessação do uso do fumo. A compreensão das últimas tentativas de parar de fumar, das terapêuticas já realizadas, as condições dos sucessos e das recaídas permite a elaboração de um plano terapêutico individualizado. Desmistificar crenças sobre a cessação e preparar o paciente para este momento aumentam o sucesso da abordagem do fumante.

O tema cessação é bastante abordado nos ensaios clínicos e é considerado o desfecho principal para avaliar as ações implementadas.

Em nossa revisão esse foi o tema ou um dos temas centrais em 17 dos 186 artigos selecionados. Ressalta-se que alguns inquéritos populacionais mais completos como Inquérito domiciliar do INCA⁶ e BRFSS¹⁵ poucas questões neste sentido. A pergunta presente nesses dois inquéritos questiona se a pessoa já tentou seriamente parar de fumar chegando a parar por pelo menos um dia. Parece ter a intenção de diferenciar o desejo e a ação de realmente tentar parar. O INCA amplia o número de questões como o número de tentativas anteriores, quando foi a última vez que tentou parar, se parou devido a problema de saúde, se recebeu tratamento e qual foi esse tratamento.

Os questionários identificados com enfoque na experiência de parar de fumar foram apenas três: “Perceived Risks and Benefits Questionnaire (PRBQ)”, “Self-Efficacy” e “US 2000 National Health Interview Survey”. O primeiro instrumento validava um questionário para avaliar a percepção dos riscos e benefícios da cessação. O segundo instrumento abordava a autoeficácia, conceito desenvolvido por Bandura³², baseada no quanto o indivíduo acredita em sua capacidade para atingir determinado objetivo. Essa avaliação está relacionada também com motivação ou grau de prontidão para a cessação. O último trata-se de inquérito populacional de saúde amplo cujo artigo selecionado dava enfoque para os dados relacionados à cessação³³.

Conhecer os mitos envolvidos na cessação e compreender o sucesso obtido por ex-fumantes de uma comunidade pode apontar boas propostas e direcionar as ações para uma determinada realidade. No artigo do PRBQ, por exemplo, os autores observaram um maior conhecimento sobre o tema entre as mulheres sugerindo abordagem diferenciada por gênero.

Uma das definições importantes para avaliar índices de cessação de uma intervenção é a definição pelo pesquisador do tempo após parar de fumar para considerar o ex-fumante como pertencente ao grupo de cessação. O grupo de revisão sobre tabagismo da Cochrane considera a cessação para aqueles que permaneceram sem fumar seis meses após início da intervenção proposta^{34,35}.

Opinião e Conhecimento

A maior parte dos estudos que investigam as crenças e opiniões da população sobre o tabagismo não utiliza questionários estruturados. Alguns estudos recentes apresentam propostas de instrumentos.

O Anti-smoking climate realizado em 2002 é um exemplo. Aplicado em 17 países europeus este instrumento permite comparação de escores demonstrando a consciência da população sobre os malefícios do tabagismo e a receptividade para as intervenções governamentais¹¹.

Nessa revisão, os questionários especificados que abordaram estes fatores foram: “Attitudes and Beliefs about Perceived Consequences of Smoking Scale and a Demographic Data Questionnaire”³⁶ “Knowledge, Attitude and Practice (KAP)”³⁷, “Smokers’ Perceived Health Risk Evaluation (SPHERE)”³⁸, “Social Will for Tobacco Control Instrument Tobacco Intervention Risk”³⁹, “Factor Interview Scale (TIRFIS) Tobacco Beliefs”⁴⁰ e “Management Scale-Tobacco Cultural Concerns Scale (TBMS-TCCS)”⁴⁰. Como suas próprias denominações transparecem, esses instrumentos buscam compreender conhecimentos, crenças, fatores culturais e atitudes dos indivíduos em relação ao cigarro. Nenhum questionário foi observado em mais de um dos artigos selecionados mostrando a falta de um instrumento amplamente utilizado para essa avaliação.

Outros

Entre os temas pouco abordados está o suporte social com apenas um questionário encontrado nessa revisão. O tema iniciação é muito estudado, porém ficou nesta categoria porque poucos estudos são realizados em adultos. Nessa revisão apenas três artigos mantiveram-se na seleção, os demais tinham abordagem específica para adolescentes.

Conclusão

Pretendeu-se, através da revisão, levantar os diversos instrumentos realizados nas avaliações dos tabagistas. Uma das limitações encontradas foi o grande número de publicações na área, tendo limitado a revisão aos últimos cinco anos. O grupo também se limitou a avaliar artigos das línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Durante o trabalho, observamos a dificuldade de adquirir os instrumentos na íntegra para estudo das perguntas realizadas nos mesmos. Mesmo quando os questionários eram identificados, a busca no próprio artigo ou na internet na maioria das vezes não obtinha detalhamento dos instrumentos citados.

Para maior qualidade dos próximos estudos no tema tabagismo, recomenda-se observar adequação demográfica da população estudada con-

forme estudos internacionais, clareza na definição da população considerada tabagista e esclarecimento dos instrumentos utilizados para as avaliações realizadas. Sempre que possível, os autores devem disponibilizar os questionários utilizados para que outros pesquisadores possam compreender a forma com que os resultados foram obtidos. Esse cuidado permite a comparabilidade de dados e a reprodutibilidade dos estudos.

Além disso, sugerimos que questionários longos ou pesquisas com objetivo de compreender os determinantes do tabagismo sempre avaliem os fatores relacionados a motivação, opiniões e crenças para ampliar conhecimento desses aspectos e permitir melhor adequação no planejamento das intervenções propostas.

Como sugestão de continuidade do estudo realizado, propomos pesquisa que avalie a exis-

tência de validação e a qualidade dos instrumentos identificados pelo presente artigo.

Colaboradores

JDP Santos, DV Silveira, DF Oliveira e WT Caiffa participaram igualmente da concepção, metodologia e redação final do texto. JDP Santos, DV Silveira e DF Oliveira trabalharam na pesquisa e revisão do artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *The Tobacco Atlas*. London (UK): World Health Organization (WHO); 2002. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/index.html
2. Rosemberg J. Nicotina. *Droga universal*. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde/ Centro de Vigilância Epidemiológica; 2003. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>
3. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 1999: Making a Difference*. World Health Report. Geneve: World Health Organization (WHO); 1999. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf
4. Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the burden of disease and injury attributable to tem major risk factor. In: World Health Organization (WHO), The World Bank (WB), editors. *The Global Burden of Disease*. A comprehensive assessment of mortality and disability form disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Ed. Christopher J.L. Murray and Alan D. Lopez; 1996.
5. Comissão Europeia (CE), Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial (BM). Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento. Documento para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento. Tradução do Instituto Nacional de Câncer (Inca), Ministério da Saúde do Brasil (MS) Rio de Janeiro: Inca; 2003. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf
6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2004.
7. Hoehner CM, Soares J, Parra Perez D, Ribeiro IC, Joshi CE, Pratt M, Legetic BD, Malta DC, Matsudo VR, Ramos LR, Simões EJ, Brownson RC. Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2008; 34(3):224-233.
8. Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, Stern R, Jarlais DCD, Flom PL, Strauss S. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2007; 89(1):1-12.
9. National Science Indicators (NSI), Institute for Scientific Information (ISI). In: *Ministério de Ciência e Tecnologia do Brasil (MCT)*. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: <http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/2051.html>.
10. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Seção sobre Tabagismo*. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/>
11. Presman S. Intervenção Intensiva e Terapia de Grupo. In: Gigliotti AP, Presman S. *Atualização no Tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP – Saúde; 2006
12. Guindon GE, Boisclair D. Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS);[s.d]. [acessado 2007 dez 10]. Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/TOB_tendencias.pdf

13. Organización Panamericana de la Salud, Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica. In: Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Abordagem e tratamento do fumante*: consenso 2001. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2001.
14. Tuomilehto J, Zimmet PZ, Cox HS, Williams JW, Courten MP, Chitson P, Tuomilehto J, Zimmet PZ. Decreasing prevalence of cigarette smoking in the middle income country of Mauritius: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 321(7257):345-349
15. Center for Disease Control (CDC). *Surveys*. Behavioral Risk Factor Surveillance System. [acessado 2007 dez 10]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/brfss/>
16. Center for Disease Control (CDC). *Surveys*. National Health and Nutrition Examination Survey. [acessado 2007 dez 10]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>
17. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Abordagem e tratamento do fumante*: consenso 2001. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2001.
18. Center for Disease Control (CDC). *Smoking and Tobacco Use*; Global Tobacco Control. [acessado 2007 dez 10]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS.htm>
19. Gigliotti A, Laranjeira R. Habits, attitudes and beliefs of smokers in four Brazilian capitals. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27(1):37-44.
20. Fagerström K, Boyle P, Kunze M, Zatonski W. The anti-smoking climate in EU countries and Poland. *Lung Cancer* 2001; 32(1):1-5.
21. Boland M, Fitzpatrick P, Scallan E, Daly L, Herity B, Horgan J, Bourke G. Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish university, 1973-2002. *Drug Alcohol Depend* 2006; 85(2): 123-128.
22. Harting J, van Assema P, van Limpt P, Gorgels T, van Ree J, Ruland E, Vermeer F, de Vries NK. Cardiovascular prevention in the hartslag limburg project: effects of a high-risk approach on behavioral risk factors in a general practice population. *Prev Med* 2006; 43(5):372-378.
23. Harakeh Z, Engels RC, Vries H, Scholte RH. Correspondence between proxy and self-reports on smoking in a full family study. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84(1):40-47.
24. Halty LS, Huttner MU, Oliveira Netto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerstrom (QTF) como instrumento da medida de dependência nicotínica. *J. Pneumol.* 2002; 28(4):180-186.
25. Marques AC, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(4):200-214
26. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed: DSM-IV). Washington DC: APA; 1994.
27. World Health Organization (WHO). *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems, 10th revision*. Genebra: WHO; 1992.
28. Kirchenchtjen C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. In: Viegas CAA, organizador. Diretrizes para a cessação do tabagismo. *J. Bras. Pneumol.* 2004; 30(Supl. 2):S1-S76.
29. University of Massachusetts Medical School. *Family Medicine & Community Health*. Hooked on nicotine checklist. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: <http://fmchapps.umassmed.edu/honc/>
30. Araújo RB, Oliveira MS, Mansur AM. A validação brasileira do Questionnaire of Smoking Urges. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2157-2167.
31. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Study of motivational stages in alcohol dependent adult subjects. *Psicol. Reflex. Crit.* 2003; 16(2):265-270.
32. Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N J: Prentice-Hall; 1977. apud Presman S. Intervenção Intensiva e Terapia de Grupo. In: Gigliotti AP, Presman S. *Atualização no Tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP – Saúde; 2006.
33. Tindle HA, Rigotti NA, Davis RB, Barbeau EM, Kawachi I, Shiffman S. Cessation among smokers of “light” cigarettes: results from the 2000 national health interview survey. *Am J Public Health* 2006; 96(8):1498-1504.
34. Hey K, Perera R. Competições e incentivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. [Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.]. [acessado 2007 dez 22]. Disponível em: <http://www.update-software.com>
35. Hey K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (18)2: CD004986.
36. Powe BD, Ross L, Cooper DL. Attitudes and beliefs about smoking among African-American College students at historically black colleges and universities. *J Natl Med Assoc* 2007; 99(4):338-344.
37. Chan SS, Sarna L, Wong DC, Lam TH. Nurses' tobacco-related knowledge, attitudes, and practice in four major cities in China. *J Nurs Scholarsh* 2007; 39(1):46-53.
38. Hayaki J, Anderson BJ, Stein MD. Perceptions of health risk susceptibility in methadone maintained smokers. *J Addict Dis* 2005; 24(1):73-84.
39. Price JH, Dake JA, Jordan TR. Development of a social will for tobacco control index. *Am J Health Behav* 2006; 30(1):15-26.
40. Foley KL, George G, Crandall SJ, Walker KH, Mar-ion GS, Spangler JG. Training and evaluating tobacco-specific standardized patient instructors. *Fam Med* 2006; 38(1):28-37.

Artigo apresentado em 03/08/2009

Aprovado em 12/02/2010

Versão final apresentada em 10/03/2010