



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Bortoluzzi, Marcelo Carlos; Kehrig, Ruth Terezinha; Dourado Loguercio, Alessandro; Traebert,
Jefferson Luiz

Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba,
SC)

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 3, marzo, 2011, pp. 1953-1959

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018467029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC)

Prevalence and tobacco user profile in adult population in the South of Brazil (Joaçaba, SC)

Marcelo Carlos Bortoluzzi¹

Ruth Terezinha Kehrig²

Alessandro Dourado Loguercio³

Jefferson Luiz Traebert⁴

Abstract *The tobacco consumption has been pointed as an epidemic and the prevention to the smoking habit is indicated as high priority for the public health of the nations. This is an observational cross-sectional study comprising a representative sample of an adult population in a Southern Brazilian city aiming to know the tobacco consumption prevalence and the profile of the smoker. Smokers' prevalence was 17.3% and female subjects were 54.9% of the sample. Smoking occurred predominantly in subjects with age older than 39 years ($p<0.001$), with less than eight years of education ($p<0.001$), with moderate and severe scores of depression measured by Beck Depression Inventory ($p=0.001$) and low familiar income ($p=0,029$). The district shows high prevalence of smokers which are predominantly subjects older than 39 years, with low income and education. This study also showed an association with moderate or severe depression and the smoking habit.*
Key words Smoking, Prevalence, Tobacco, Smoking/epidemiology, Depression

Resumo *O tabagismo tem sido apontado como uma epidemia, e a prevenção ao hábito é indicada como prioridade máxima para a saúde pública das nações. Este é um estudo do tipo observacional e transversal envolvendo uma amostra representativa da população adulta de município do sul do Brasil com o intuito de conhecer a prevalência do consumo do tabaco e o perfil do tabagista. A prevalência de fumantes foi de 17,3%, sendo que o sexo feminino representou 54,9% da amostra. Neste estudo, o tabagismo ocorreu predominantemente em pessoas com idade superior a 39 anos ($p<0,001$), com escolaridade de até oito anos de estudo ($p<0,001$), com índices de depressão verificados pelo Inventário de Beck para Depressão considerados como moderado ou grave ($p=0,001$) e com baixa renda familiar ($p<0,029$). O município apresenta alta prevalência de consumo de tabaco, que afeta, predominantemente, a população acima de 39 anos de idade, com menor renda e com menor escolaridade. Este estudo evidencia ainda uma associação entre depressão moderada a severa e o hábito do tabagismo.*

Palavras-chave Tabagismo, Prevalência, Tabaco, Tabagismo/epidemiologia, Depressão

¹ Universidade do Oeste de Santa Catarina. Rua Getúlio Vargas 2.521. 89600-000 Joaçaba SC.

mbortoluzzi@gmail.com

² Faculdades Integradas Associação de Ensino de Santa Catarina.

³ Universidade Estadual de Ponta Grossa.

⁴ Universidade do Sul de Santa Catarina.

Introdução

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, durante o século XX o tabagismo matou 100 milhões de pessoas e durante o século XXI poderá matar um bilhão de pessoas no mundo inteiro. O relatório mostra ainda que dois terços da população mundial de fumantes habitam em dez países e o Brasil figura entre estes, ocupando a sétima colocação. Aponta também que ocorrem cerca de 5,4 milhões de mortes anualmente em consequência do tabagismo e, por essa razão, agir de forma a reverter a epidemia deve ser a prioridade máxima para a saúde pública e dos líderes políticos de cada país do planeta.

De acordo com o inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, realizado em dezesseis capitais brasileiras, para os anos de 2002 e 2003², no Brasil, a maior prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre/RS (25,2%) e a menor em Aracaju/SE (12,9%). De uma forma geral, as capitais menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências de consumo, e das oito cidades com maiores prevalências, sete situam-se nas regiões Sul e Sudeste do país. O inquérito nacional, ao comparar seus dados com pesquisas anteriores, destaca que a prevalência do tabagismo no Brasil diminuiu numa percentagem que varia entre 10,3% em Porto Alegre/RS a 45,2% em Belém/PA.

Cabe ressaltar ainda que, além das consequências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais, principalmente nas economias em desenvolvimento^{1,2}. Este estudo justifica-se, entre outros motivos, pelo fato de monitorar a prevalência de consumo, que é uma das seis normas estabelecidas pela OMS¹ para reverter a epidemia do tabagismo, além de procurar conhecer o perfil do usuário e, através desses dados, estabelecer planos de prevenção tanto abrangentes quanto específicos, direcionados à população mais vulnerável. Há ainda a se destacar o pouco conhecimento acerca da prevalência e do perfil do usuário do tabaco em pequenas cidades do Brasil³.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo do tipo observacional e transversal envolvendo uma amostra representativa da população adulta compreendida entre 20 e 59 anos de idade do município de Joaçaba/SC no ano de 2005. Este estudo é parte de uma

pesquisa maior denominada Projeto Saúde Joaçaba⁴⁻⁶, que visa conhecer diversos aspectos relacionados à saúde dos cidadãos do município.

Para a determinação do tamanho da amostra com intervalo de confiança de 95%, foram adotados os seguintes parâmetros: proporção de situações autorreferidas de saúde desconhecida (P igual a 50%) e margem de erro de 4%. O tamanho da amostra obtido foi de 575 participantes. Considerando-se um fator de correção de 1,2 em razão do desenho do estudo, este valor cresceu para 690 indivíduos. Estimando-se perdas, recusas e potenciais fatores de confusão de 20%, o número final da amostra foi de 828 indivíduos.

A seleção da amostra foi realizada pelo método de amostragem por conglomerados⁷, utilizando como unidade de referência para localização da população os setores censitários. Todos os setores censitários existentes no município de Joaçaba (n=25) participaram do estudo, e a amostra foi composta por 33 indivíduos de cada setor. Através de mapas cartográficos, foram identificados e numerados todos os quarteirões dos setores. Em cada setor foi sorteado um quarteirão, e neste uma esquina foi selecionada para o início do estudo. Foram percorridos os 12 primeiros domicílios, no sentido horário da esquina sorteada, necessários para a obtenção do número de indivíduos estimados para compor a amostra em cada um dos 25 setores censitários. Todos os indivíduos que residiam no domicílio sorteado e que pertenciam à faixa de 20 a 59 anos foram entrevistados. No total, foram visitados 345 domicílios.

O instrumento de pesquisa global foi composto por um questionário que continha questões que visavam: (1) identificar aspectos demográficos e socioeconômicos; (2) identificar condições relacionadas aos processos ecológicos do ambiente residencial e de trabalho; (3) identificar a ocorrência de fatores de risco selecionados à saúde derivados de hábitos, condutas e estilo de vida; (4) estimar a prevalência de afastamento do trabalho por problemas de saúde; (5) estimar a prevalência de problemas de saúde mental e insatisfação com a aparência corporal; (6) estimar a prevalência de problemas respiratórios; e (7) descrever as necessidades autorreferidas de serviços de saúde. O questionário, portanto, foi formulado de forma a atender aos objetivos específicos da pesquisa, o que incluía 193 questões elaboradas de acordo com a literatura vigente⁴. Além deste instrumento, instrumentos validados foram utilizados para avaliar condições específicas como os níveis de ansiedade, que foram mensurados pelo Inventário Beck de Ansiedade (BAI), ou os

níveis de depressão, que foram mensurados pelo Inventário de Beck para Depressão (BDI)⁸.

O BAI consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. A classificação brasileira propõe como resultados os níveis de 0 a 9 como mínimo, de 10 a 16 como leve e segue até uma pontuação máxima de 63 numa escala de moderada a grave. Para fins de análise, a amostra foi dicotomizada, estabelecendo que de 0 a 16 a ansiedade fosse caracterizada como mínima e/ou leve e acima deste nível como moderada a grave. O BDI mede as manifestações comportamentais da depressão, e a soma dos escores identifica o nível de depressão. A classificação brasileira propõe que de 0 a 11 o nível da depressão é mínima e de 12 a 19 é leve e segue uma pontuação até 63, representando índices de depressão também crescentes. No presente estudo, a amostra foi dicotomizada, estabelecendo que de 0 a 19 fosse caracterizada como mínima e/ou leve e acima deste ponto foi considerada como moderada a grave. A dicotomização estabelecida para o BAI e o BDI segue a classificação brasileira⁸.

A equipe de trabalho de coleta dos dados foi composta por sete pesquisadores e sete auxiliares de pesquisa, que passaram por um processo de capacitação para assegurar a uniformidade da aplicação do instrumento de pesquisa, de forma a minimizar variações entre as observações realizadas pelos diferentes pesquisadores integrantes do projeto. O trabalho de campo ocorreu nos meses de dezembro de 2005 a março de 2006.

Os resultados são descritos e analisados de forma descritiva e analítica. Os testes de associação foram realizados utilizando o programa estatístico SPSS 13.0 para Windows em um nível de significância de $p < 0,05$. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Resultados

Foram entrevistados 707 indivíduos entre 20 e 59 anos de idade (média 38,7; desvio padrão 11,7), sendo que 60% da amostra eram do sexo feminino (424). A prevalência de fumantes foi de 122 indivíduos (17,3%). Conforme o sexo, 54,9% (67) dos tabagistas eram do sexo feminino. Dentre os fumantes, o número de cigarros consumidos ao dia variou entre dois (mínimo) e sessenta (máximo), com média de 16,6 ($\pm 10,5$) cigarros ao dia. A maioria dos fumantes, 88,5% (108), utiliza cigarros industrializados com filtro e teores de nicotina nor-

mais ou regulares, enquanto 7,4% (nove) optam por cigarros industrializados com filtro, porém de baixos teores, e 4,1% (cinco) dos fumantes utilizam cigarros industrializados sem filtro ou ainda cigarros "de palha". Dentre os fumantes, 18,8% (23) relatam fumar o primeiro cigarro nos primeiros cinco minutos após o despertar, e 58,1% (71) fumam o primeiro cigarro dentro dos primeiros trinta minutos após o despertar. Entre os 122 fumantes, 32% (39) nunca tentaram parar de fumar, 18,9% (23) tentaram ao menos uma vez parar de fumar nos últimos seis meses, 9,8% (12) tentaram parar de fumar ao menos uma vez entre seis e 12 meses atrás, e 39,3% (48) tentaram parar de fumar ao menos uma vez há mais de 12 meses.

Do total da amostra, 55,6% (393) dos entrevistados relataram já ter experimentado o tabaco, e entre estes 31% tornaram-se tabagistas (122/393); contudo, se considerarmos os ex-fumantes (108), 58% dos que experimentam tabaco tornam-se tabagistas. Entre fumantes (122) e ex-fumantes (108), o tempo médio do hábito do tabagismo foi de 15,9 ($\pm 11,3$) anos. Atualmente, 254 (35,9%) indivíduos do total da amostra relatam ter contato com fumaça de cigarro de forma periódica em casa, trabalho ou escola.

Considerando o conhecimento sobre a relação entre o tabagismo e o desenvolvimento de câncer, foi solicitado ao entrevistado que pontuasse entre zero (0; tabagismo não causa câncer, com certeza) a dez (10; tabagismo causa câncer, com certeza), e 11 (1,6%) dos pacientes acreditam que, com certeza, tabagismo não causa câncer; 54% (380) dos entrevistados acreditam que, com certeza, tabagismo causa câncer.

A análise bivariada mostra que o hábito do tabagismo ocorre predominantemente em pessoas com idade superior a 39 anos (Teste Qui-quadrado, $p < 0,001$), com escolaridade de até oito anos de estudo (Teste Qui-quadrado, $p < 0,001$), e com níveis de depressão verificados pelo Inventário de Beck para Depressão (BDI) considerados como moderado ou grave (Teste Qui-quadrado, $p = 0,001$). A análise bivariada contendo outras variáveis de interesse podem ser observadas na Tabela 1.

Um modelo de regressão logística mostrou uma associação estatisticamente significativa entre o hábito do tabagismo e idade superior a 39 anos ($p < 0,001$), com renda familiar de até R\$ 1.738,00 ($p < 0,029$) e com níveis de depressão medidos pelo Inventário de Beck para Depressão (BDI) classificados como moderado ou grave ($p < 0,006$). Os resultados da análise de regressão logística podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 1. Análise bivariada comparando variáveis de interesse e o hábito do tabagismo.

Variáveis	Tabagista		Total	Qui-quadrado (Pearson; IC 95%)	Razão de chances (Odds Ratio _{Bruto})
	Sim	Não			
Sexo					
Masculino	55	228	283	NS	*
Feminino	67	357	424	NS	*
Idade					
18 a 39 anos	41	324	365		
Acima de 39 anos	81	261	342	P<0,001	2,4
Escolaridade (anos de estudo)					
Até 8	56	152	228	P<0,001	2,9
Mais de 8	63	405	468		
Renda familiar (mediana)					
Até R\$ 1.738,00	66	265	331	NS	*
Mais de R\$ 1.738,00	47	281	328	NS	*
Estado conjugal					
Com companheiro(a)	82	384	466	NS	*
Sem companheiro(a)	40	201	241	NS	*
Situação ocupacional atual					
Trabalha	74	389	463	NS	*
Não trabalha	48	196	244	NS	*
Como considera seu estado de saúde					
Muito ruim/ruim	8	18	26	NS	*
Regular/muito bom	114	567	681	NS	*
Esteve internado nos últimos 12 meses					
Não	108	514	622	NS	*
Sim	14	71	85	NS	*
Níveis de ansiedade – Inventário Beck de Ansiedade (BAI)					
Mínimo/Leve (0 a 16)	82	427	509	NS	*
Moderado/Grave (17 a 63)	40	158	198	NS	*
Níveis de depressão – Inventário de Beck para Depressão (BDI)					
Mínimo/Leve (0 a 19)	108	562	670		
Moderado/Grave (20 a 63)	14	23	37	P=0,001	3,1

NS: Não significante; * Cálculo não realizado.

Tabela 2. Análise de regressão logística comparando variáveis de interesse e o hábito do tabagismo.

Variáveis	Tabagista		Total	Regressão Logística Binária (Forward-LR)*	Razão de Chances (Odds Ratio _{Ajustado})	Intervalo de Confiança (95%)
	Sim	Não				
Idade						
18 a 39 anos	41	324	365			
Acima de 39 anos	81	261	342	p<0,001	2,9	1,8 a 4,5
Renda familiar (mediana)						
Até R\$ 1.738,00	66	265	331	P=0,029	1,6	1,0 a 2,4
Mais de R\$ 1.738,00	47	281	328			
Níveis de depressão – Inventário de Beck para Depressão (BDI)						
Mínimo/Leve (0 a 19)	108	562	670			
Moderado/Grave (20 a 63)	14	23	37	P=0,006	2,9	1,3 a 6,1

* Teste de Hosmer e Lemeshow 0,96.

Discussão

O município de Joaçaba está situado no meio-oeste do estado de Santa Catarina (Brasil) e tem uma população de 24.066 habitantes e 7.196 domicílios. A prevalência de fumantes encontrada no município (17,3%) foi semelhante à média das capitais brasileiras (18%) levantadas pelo inquérito nacional².

Conforme o inquérito domiciliar brasileiro², o percentual de fumantes é maior entre os homens, quando comparados às mulheres. O presente estudo evidenciou no município um percentual maior de mulheres tabagistas do que homens. Conforme já alertava a OMS¹, entre os países mais populosos as mulheres jovens impulsionam a epidemia do tabagismo. Menezes *et al.*⁹ observaram através de um estudo de coorte de nascimento que, após 19 anos, os do sexo masculino 48,6% já haviam experimentado cigarro e 15,8% eram fumantes diários, enquanto para o sexo feminino 53,1% já haviam experimentado cigarro e 15,4% eram fumantes diárias, confirmando a tendência descrita pela OMS¹.

O inquérito domiciliar brasileiro¹ apurou, ainda, que o tabagismo foi maior entre os grupos com menor escolaridade, quando comparado com os de maior escolaridade, de forma semelhante aos resultados encontrados por Castro *et al.*¹⁰. Os dados do município também evidenciaram que a baixa escolaridade está associada ao hábito do tabagismo e, indo além, também mostra associação com menor renda familiar. Segundo Meirelles¹¹, o tabagismo tem se concentrado nas populações de baixa renda desde que esta população tem menor acesso à informação, educação e saúde. A baixa renda e a escolaridade dos pais, bem como o ambiente social, são preditores importantes para o uso de tabaco na adolescência⁹.

A quantidade de cigarros consumida pode ser utilizada como parâmetro para avaliação da gravidade da dependência. Castro *et al.*¹⁰ avaliaram a associação entre a qualidade de vida e a gravidade da dependência do tabaco e apontam que os tabagistas graves apresentavam maior prejuízo na qualidade de vida. Em relação ao número de cigarros consumidos em um dia, a média encontrada no estudo de Castro *et al.*¹⁰ foi de 17,9 ($\pm 11,07$), bastante semelhante aos índices encontrados na presente pesquisa, que apresentou uma média de 16,6 ($\pm 10,5$). Castro *et al.*¹⁰ apontaram ainda correlações significativas de baixa intensidade entre a gravidade da dependência de tabaco e a severidade dos sintomas de

ansiedade e de depressão medidos pelo Inventário de Beck para Depressão (BDI). Os resultados de Joaçaba também indicaram associação estatística entre o hábito do tabagismo e depressão moderada a grave, relacionando o tabagismo à comorbidade psiquiátrica. De fato, outros estudos mostram associação entre tabagismo e desordem mental¹²⁻¹⁴, enquanto outros não observaram esta associação¹⁵.

Cerca de cinquenta doenças estão relacionadas ao uso do tabaco, como neoplasias malignas, doenças respiratórias e cardiovasculares. Comprovadamente, os não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados tornam-se fumantes passivos e também podem adoecer pelas mesmas doenças aqui relacionadas¹⁶. Em 2007, a OMS¹⁶ publicou as recomendações para a proteção ao tabagismo passivo, relatando que não existem níveis seguros para a exposição à fumaça do tabaco, implicando o tabagismo passivo como fator etiológico de sérias doenças tanto em adultos como em crianças. Conforme os dados referentes ao município, estima-se que cerca de 40% da população tem contato com fumaça de cigarro de forma periódica em casa, trabalho ou escola. Para alguns países latino-americanos, conforme a OMS¹⁶, ambientes com fumaça de cigarro podem chegar a 94%, incluindo hospitais, escolas e prédios governamentais. Falcão e Costa³, ao estudarem a prevalência do tabagismo em pequeno município do Nordeste brasileiro (23,5%), observaram que aproximadamente 45% dos entrevistados tabagistas afirmavam existir mais algum fumante dentro de sua casa, o que dificultava o abandono do hábito. A OMS¹⁶ aponta que, além dos prejuízos diretos sobre a saúde, existe evidência de que, quando existentes, as diretrizes que mantenham os ambientes livres de fumaça de cigarro também diminuem a probabilidade de jovens tornarem-se adictos ao tabaco.

Aproximadamente 45% dos entrevistados da pesquisa desconhecem ou têm dúvida da associação entre o tabagismo e o desenvolvimento de câncer, enquanto uma pequena porcentagem acredita, com certeza, que o tabagismo não produz neoplasia maligna. Esta resposta pode ser explicada em parte devido ao fato de que o consumo de cigarros envolve motivações conscientes e inconscientes, fatores socioculturais e educacionais¹⁷, como a falta de informação e o acesso a esta, a penetração adequada desta informação e na linguagem acessível sobre a real relação entre o tabagismo e o desenvolvimento de câncer. De fato, Falcão e Costa³, ao analisarem a situação do uso do tabaco em população adulta

de pequeno município no estado do Rio Grande do Norte (Brasil), observaram que 90% das pessoas entrevistadas relataram que gostariam de receber mais informações sobre o tabagismo.

A nicotina é o principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco, cuja dependência também envolve aspectos comportamentais, neuroquímicos e moleculares. A fumaça do cigarro contém outras substâncias químicas, muitas das quais podem contribuir para os efeitos reforçadores do hábito^{18,19}. A observação deste estudo aponta para o alto poder de adicção do tabaco, indicando que mais da metade das pessoas que experimentam o tabaco podem se tornar consumidores regulares e que a extensa maioria já tentou parar de fumar sem sucesso. A gravidade da adicção também é apon-

tada por Sales *et al.*²⁰, que mostraram que mesmo com tratamento farmacológico e acompanhamento ambulatorial apenas 50,8% dos pacientes pararam de fumar.

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que o município de Joaçaba apresenta índices de consumo de tabaco tão elevados quanto os apresentados por capitais brasileiras. Indicam ainda que a população acima de 39 anos de idade, com menor renda e com menor escolaridade, é afetada predominantemente. Este estudo também evidenciou uma associação entre depressão moderada a grave e o hábito do tabagismo.

Colaboradores

MC Bortoluzzi, RT Kehrig, AD Loguercio e JL Traebert participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization; 2008. [acessado 2008 maio]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca; 2004. [acessado 2008 maio]. Disponível em: http://200.214.130.94/nutricao/documentos/publicacao_inquerito22_06.pdf
3. Falcão TJO, Costa ICC. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. *J Bras Pneumol* 2008; 34(2):91-97.
4. Kehrig RT, Traebert J. *Auto-referência de problemas de saúde, condições de vida e respostas dos serviços para a população adulta (Joaçaba, 2005)* [projeto de pesquisa]. CNPQ Processo nº 402829/05-0. Brasília: CNPQ; 2005.
5. Pizzatto M, Silva RM, Traebert J. Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma população adulta do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica* 2008; 6:15-20.
6. Bortoluzzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig RT. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do Sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):679-685.
7. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002.
8. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
9. Menezes AMB, Hallal PCE, Horta BL. Early determinants of smoking in adolescence: a prospective birth cohort study. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):347-354.
10. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Araújo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev Psiquiatr Clín* 2007; 34(2):61-67.
11. Meirelles RHS. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. [editorial]. *J Bras Pneumol* 2006; 32(1).
12. Valença AM, Nascimento I, Nardi AE. Smoking and panic disorder. *Psychiatr Serv* 2001; 52(8):1105-1106.
13. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003; 160(9):1670-1676.
14. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol* 2007; 33(5):592-601.
15. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira I, Nardi AE. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res* 2002; 35(8):961-967.
16. World Health Organization. *WHO Protection from exposure to second-hand tobacco smoke*. Geneva: World Health Organization; 2007. [acessado 2008 maio]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf
17. Dias OM, Turato ER. Cigarette smokers' views on their habit and the causes of their illness following lung cancer diagnosis: a clinical-qualitative study. *São Paulo Med J* 2006; 124(3):125-129.
18. World Health Organization. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization; 2004. [acessado 2008 maio]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf
19. Planeta CS, Cruz FC. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(5):251-258.
20. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol* 2006; 32(5):410-417.

Artigo apresentado em 10/11/2008

Aprovado em 29/06/2009

Versão final apresentada em 10/07/2009