

Morbidade psicológica como moderador da intenção para deixar de fumar: um estudo com fumantes e ex-fumantes*

Psychological morbidity as a moderator of intention to quit smoking: a study of smokers and former smokers

Maria Fernanda Besteiro Afonso, Maria Graça Pereira Alves

Resumo

Objetivo: Analisar a morbidade psicológica como um moderador na relação entre as representações do tabaco e a qualidade de vida em fumantes e ex-fumantes, assim como conhecer as variáveis psicológicas que discriminam os fumantes com e sem intenção para deixar de fumar. **Métodos:** Estudo quantitativo, correlacional e transversal com uma amostra de conveniência constituída por 224 fumantes e 169 ex-fumantes. **Resultados:** Verificou-se um efeito moderador da morbidade psicológica na relação entre a qualidade de vida (física e mental) e as representações do tabaco (representações cognitivas e emocionais e compreensão) nos fumantes e nos ex-fumantes. Os fumantes com intenção para deixar de fumar apresentavam menor compreensão, representações emocionais mais ameaçadoras, mais crenças de comportamento, maior controle comportamental percebido e mais crenças normativas/controlado do que aqueles sem essa intenção. **Conclusões:** Os resultados deste estudo enfatizam a importância da morbidade psicológica como moderadora, bem como das variáveis sociocognitivas, junto dos fumantes que querem deixar de fumar.

Descritores: Hábito de fumar/psicologia; Abandono do hábito de fumar; Hábito de fumar/prevenção & controle.

Abstract

Objective: To analyze psychological morbidity as a moderator of the relationship between smoking representations and quality of life in smokers and former smokers, as well as to determine which psychological variables discriminate between smokers with and without the intention to quit smoking. **Methods:** This was a quantitative, correlational cross-sectional study involving a convenience sample of 224 smokers and 169 former smokers. **Results:** In smokers and former smokers, psychological morbidity had a moderating effect on the relationship between mental/physical quality of life and smoking representations (cognitive representations, emotional representations, and comprehensibility). Smokers with the intention to quit smoking more often presented with low comprehensibility, threatening emotional representations, behavioral beliefs, and perceived behavioral control, as well as with normative/control beliefs, than did those without the intention to quit. **Conclusions:** The results of this study underscore the importance of the moderating effect exerted by psychological morbidity, as well as that of sociocognitive variables, among smokers who have the intention to quit smoking.

Keywords: Smoking/psychology; Smoking cessation; Smoking/prevention & control.

*Trabalho realizado na Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Endereço para correspondência: Fernanda Afonso. Rua dos Passionistas, 110, 4º Esquerdo, 4520-292, Santa Maria da Feira, Portugal
Tel. 351917400290. E-mail: fernandafonso@gmail.com

Apoio financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 29/1/2013. Aprovado, após revisão, em 16/5/2013.

Introdução

A literatura tem vindo a salientar que o consumo de tabaco é potencialmente mortal para o fumante e que a nicotina, em particular, é altamente aditiva.⁽¹⁾ Por sua vez, a cessação tabágica requer uma intervenção estruturada para que o sucesso seja assegurado e mais eficaz.⁽²⁾

A literatura nos mostra uma relação entre a morbidade psicológica (depressão, ansiedade e estresse) e o consumo de substâncias, em que se inclui a nicotina.⁽³⁾ Se trata de uma relação entre o consumo de tabaco e a presença de sintomas relacionados com depressão,⁽³⁾ ansiedade⁽⁴⁾ e estresse.⁽⁵⁾

Em termos de qualidade de vida, a literatura destaca o hábito tabágico como um comportamento de risco, com grande impacto na saúde do fumante.⁽⁶⁾ Por sua vez, o não consumo de tabaco relaciona-se com uma melhor qualidade de vida ao nível físico e mental.⁽⁷⁾

Muitos fumantes não consideram ter um problema de saúde pelo fato de fumarem e minimizam a sua dependência tabágica (i.e., apresentam representações desajustadas acerca de fumar).⁽⁸⁾ De acordo com a literatura, o modo como as pessoas pensam acerca da sua saúde e doença tem implicações importantes no seu comportamento,⁽⁹⁾ como é o caso do consumo de tabaco. As representações categorizam-se em cognitivas (avaliam a percepção das consequências para a saúde do fumante, a duração do hábito tabágico, o controle que o fumante tem, se o tratamento para deixar de fumar é eficaz e como o fumante identifica os sintomas relacionados com fumar); emocionais (avaliam a preocupação associada a fumar e quanto o fumante se sente afetado emocionalmente); e de compreensão (contempla o quanto o indivíduo compreende o seu comportamento de fumar). Representações cognitivas, emocionais e de compreensão mais ameaçadoras indicam uma maior percepção de que fumar faz mal à saúde, colocando assim em causa a qualidade de vida do fumante.⁽¹⁰⁾

No que respeita às variáveis sociocognitivas, fumar apresenta-se como um comportamento no qual a intenção é influenciada pela dimensão social. A intenção é um aspeto chave na teoria do comportamento planejado (TCP) e se revela como um preditor importante do comportamento de fumar.^(11,12) A TCP⁽¹¹⁾ se desenvolveu a partir da teoria da ação refletida, à qual foi adicionado o conceito de compreensão de controle do comportamento. A TCP propõe que a intenção de uma pessoa para executar

um comportamento é o determinante fundamental desse comportamento, porque reflete o nível de motivação da pessoa e a prontidão para implementar esforços no desempenho do comportamento. Desse modo, para a TCP, as intenções para a implementação de um comportamento envolvem a influência de três aspetos: as atitudes face ao comportamento; as normas subjetivas; e o controle comportamental percebido. Essa teoria indica que quanto mais favoráveis forem as atitudes e as normas subjetivas em relação a um comportamento, assim como quanto maior for a percepção de controle desse comportamento, mais forte será a intenção da pessoa para realizar esse comportamento.⁽¹¹⁾ A intenção para deixar de fumar revela-se importante, moderando as intervenções para a cessação tabágica e o efeito do aconselhamento do médico.⁽¹³⁾ Assim, para a TCP, o determinante proximal mais relevante para o comportamento é a intenção que resulta da combinação das atitudes face ao comportamento, às normas subjetivas e ao controle percebido. As crenças, por sua vez, são um elemento central na TCP e são consideradas bases sólidas, ao nível cognitivo e afetivo, para a construção das atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido.

O modelo de estresse/enfrentamento⁽¹⁴⁾ preconiza que, perante um agente estressor, como é o caso do consumo de tabaco, o fumante avalia as suas características e como essas podem influenciar os recursos externos ou internos do fumante. Estes recursos vão permitir que o fumante organize estratégias de enfrentamento adequadas com vista a um resultado, como por exemplo, deixar de fumar.

O presente trabalho teve por objetivo analisar a morbidade psicológica como um moderador na relação entre as representações e a qualidade de vida em fumantes e ex-fumantes, bem como determinar quais são as variáveis psicológicas que discriminam os fumantes com ou sem intenção para deixar de fumar.

Métodos

Tratou-se de uma amostra de conveniência recrutada na zona de Braga, no norte de Portugal. Os participantes foram recrutados durante consultas médicas (em um hospital central e uma empresa privada), nas quais os médicos informaram os indivíduos sobre a natureza e a finalidade do estudo. Na universidade, os docentes foram contactados e solicitados a informar os seus alunos acerca do estudo. Posteriormente, os participantes inscreveram-se para o estudo. O período de

coleta dos dados teve a duração de um ano, e o preenchimento dos instrumentos efetuou-se num momento único. A participação foi voluntária, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e a finalidade do estudo. Os critérios de inclusão para a amostra foram ter mais de 18 anos e ser fumante diário ou ser ex-fumante há pelo menos três meses.

Sem conflitos de interesse, a pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética de cada local de coleta dos dados.

Com o objetivo de analisar o efeito moderador da morbidade psicológica na relação entre as representações e a qualidade de vida em fumantes e ex-fumantes, recorreu-se ao uso da regressão usando o modelo de Baron e Kenny⁽¹⁵⁾ e a análise de *simple slopes* para determinar o valor da significância da interação entre variáveis (β).⁽¹⁶⁾ Por sua vez, para determinar quais as variáveis psicológicas que discriminam os fumantes com ou sem intenção para deixar de fumar, recorreu-se ao uso de análise discriminante.⁽¹⁷⁾

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico para a obtenção de informações para caracterizar os participantes da amostra ao nível de grupo, estado civil, sexo, habilitações literárias, idade, início do consumo tabágico, tentativas para deixar de fumar, tipo de tratamento e status tabágico do parceiro.
- Questionário de crenças sobre a doença, versão breve^(10,18): esse instrumento é constituído por nove itens que permitem avaliar as representações emocionais (cinco itens), cognitivas (dois itens) e de compreensão da doença (um item). O instrumento cota os itens numa escala de zero a dez (à exceção do item 9). Em termos de consistência interna, visto que cada escala só é composta por um item, sendo uma versão revista do instrumento original, com base na análise fatorial, não é possível calcular um coeficiente alfa de Cronbach. A versão original apenas se refere à fidelidade teste-reteste, sendo essa elevada. Na presente amostra, tal como na versão original, as subescalas se correlacionaram entre si de forma moderada. Em relação às escalas de representações cognitivas, emocionais e de compreensão, um valor elevado indica representações cognitivas e emocionais mais ameaçadoras e menor compreensão da doença.
- *Partner Interaction Questionnaire*^(19,20): esse instrumento é constituído por uma escala positiva (oito itens) e uma negativa (onze itens) que avaliam o apoio recebido pelo fumante para deixar de fumar nos últimos três meses. Essa versão adaptada foi elaborada para uma amostra de fumantes e ex-fumantes, que responderam aos mesmos itens do questionário. Um resultado elevado significa maior apoio, positivo ou negativo, por parte do parceiro.
- Escala de depressão, ansiedade e estresse^(21,22): esse instrumento é constituído por 21 itens, organizados em três subescalas (ansiedade, depressão e estresse), cada uma com sete itens. Quanto mais elevada a pontuação, maior é o índice de morbidade psicológica.
- *Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey*^(23,24): esse instrumento é constituído por oito dimensões que se agrupam em dois componentes gerais (qualidade de vida física, com 21 itens, e qualidade de vida mental, com 14 itens). Quanto mais elevada for a pontuação, melhor será a percepção de qualidade de vida. Ao invés de um valor total da escala, obtêm-se dois valores sumários correspondentes à qualidade de vida física e qualidade de vida mental.
- Questionário do comportamento planejado para deixar de fumar⁽²⁵⁾: esse questionário foi construído com base nas diretrizes propostas por Ajzen⁽²⁶⁾ e por Francis et al.⁽²⁷⁾ A versão adaptada é constituída por sete subescalas – planeamento do enfrentamento e ação; crenças de comportamento; atitudes face ao comportamento; controle comportamental percebido; normas subjetivas; crenças normativas/controladas; e intenção. Um resultado elevado no questionário indica um valor mais intenso em cada escala.

Resultados

Foram recrutados 224 fumantes diários (52,7% homens) e 169 ex-fumantes há pelo menos três meses (68,6% homens). Dos fumantes, 49,1% eram solteiros e 61,6% tinham frequentado o terceiro ano do ensino médio. A média de idade dos fumantes foi de $28,58 \pm 8,69$ anos (variação, 18-58 anos). A maioria dos fumantes fumava há mais de três anos e a idade de início situou-se entre 14 e 18 anos. Dos fumantes, 60% efetuaram, pelo menos, uma tentativa para deixar de fumar,

96% nunca realizaram qualquer tratamento para deixar de fumar, e 56,7% tinham um parceiro/a que não fumava. Em relação aos ex-fumantes, 72,8% eram casados, 39% tinham frequentado o ensino médio, e a média de idade foi de 43,10 ± 13,02 anos (variação, 19-63 anos). A maioria dos ex-fumantes começara a fumar entre 12 e 18 anos. Os ex-fumantes efetuaram pelo menos uma tentativa para deixar de fumar, sendo que 32% tinham procurado tratamento para deixar de fumar.

No grupo dos fumantes, a compreensão exerceu um efeito preditor positivo na qualidade de vida mental ($\beta = 0,207$; $p \leq 0,001$). A interação entre a morbidade psicológica e as representações emocionais ($\beta = 0,129$; $p \leq 0,001$), entre a morbidade psicológica e as representações cognitivas ($\beta = 0,281$; $p \leq 0,001$) e entre a morbidade psicológica e a compreensão ($\beta = -0,446$; $p \leq 0,050$) foi significativa. Assim, de acordo com os resultados, a morbidade psicológica exerceu um efeito moderador na relação entre a qualidade de vida mental e as representações emocionais ($t = -2,348$; $p = 0,019$) e cognitivas ($t = -1,875$; $p < 0,001$), sendo essa relação negativa quando a morbidade psicológica é baixa. Por sua vez, a morbidade psicológica exerceu um efeito moderador na relação entre a qualidade de vida mental e a compreensão ($t = 4,57$; $p \leq 0,001$), sendo a relação positiva quando a morbidade psicológica é alta (Figura 1).

No grupo dos ex-fumantes, a compreensão exerceu um efeito preditor positivo na qualidade de vida mental ($\beta = 0,207$; $p \leq 0,001$). A interação entre a morbidade psicológica e as representações cognitivas foi significativa ($\beta = 0,333$; $p \leq 0,001$). De acordo com os resultados, a morbidade psicológica exerceu um efeito moderador na relação entre a qualidade de vida mental e as representações cognitivas ($t = -1,255$; $p = 0,001$), sendo essa relação negativa quando a morbidade psicológica é baixa (Figura 2). Não se verificou um efeito moderador da morbidade psicológica na relação entre a qualidade de vida mental e as representações emocionais e de compreensão.

Em relação à qualidade de vida física, no grupo dos fumantes, as representações emocionais exerceram um efeito preditivo negativo na qualidade de vida física ($\beta = -0,263$; $p \leq 0,001$), e a interação entre a morbidade psicológica e as representações emocionais foi significativa ($\beta = 0,215$; $p \leq 0,001$). De acordo com os resultados, a morbidade psicológica exerceu um efeito moderador na relação entre a qualidade de vida física e as representações

emocionais ($t = -1,956$; $p = 0,005$), sendo essa relação negativa quando a morbidade psicológica é baixa (Figura 3). Não se verificou um efeito moderador da morbidade psicológica na relação entre a qualidade de vida física e as representações cognitivas e de compreensão.

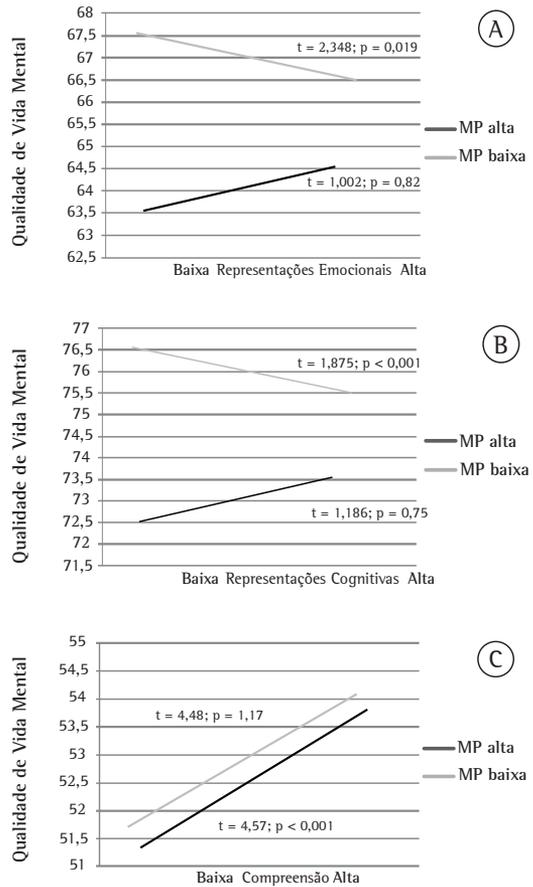


Figura 1 – Efeito moderador da morbidade psicológica (MP) na relação entre qualidade de vida mental e as representações relacionadas ao tabaco nos fumantes: representações emocionais (A), representações cognitivas (B) e compreensão (C).

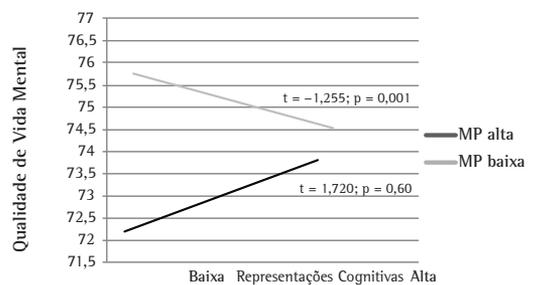


Figura 2 – Efeito moderador da morbidade psicológica (MP) na relação entre qualidade de vida mental e as representações cognitivas nos ex-fumantes.

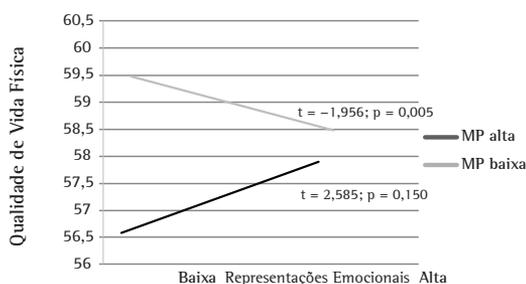


Figura 3 – Efeito moderador da morbidade psicológica (MP) na relação entre qualidade de vida física e as representações emocionais nos fumantes.

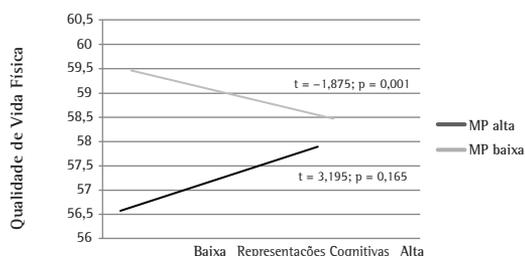


Figura 4 – Efeito moderador da morbidade psicológica (MP) na relação entre qualidade de vida física e as representações cognitivas nos ex-fumantes.

No grupo dos ex-fumantes, as representações cognitivas exerceram um efeito preditivo negativo na qualidade de vida física ($\beta = -0,128; p \leq 0,050$), e a interação entre a morbidade psicológica e as representações cognitivas foi significativa ($\beta = 0,329; p \leq 0,001$). Assim, a morbidade psicológica exerceu um efeito moderador na relação entre a qualidade de vida física e as representações cognitivas ($t = -1,875; p = 0,001$), sendo essa relação negativa quando a morbidade psicológica é baixa (Figura 4). Não se verificou um efeito moderador da morbidade psicológica na relação entre a qualidade de vida física e as representações emocionais e de compreensão.

Os resultados da análise discriminante identificaram 59,8% de fumantes com intenção para deixar de fumar e 40,1% de fumantes sem intenção para deixar de fumar. Relativamente às variáveis que discriminam os grupos, os resultados mostraram que os fumantes com intenção para deixar de fumar apresentaram menor compreensão, representações emocionais mais ameaçadoras, maiores crenças de comportamento, maiores crenças normativas/controlé e maior controle comportamental percebido.

A relação entre a função discriminante e a variável original, no caso da intenção para deixar

de fumar, permitiu ver a contribuição de cada variável para a discriminação dos grupos e mostrou que a variável que assume maior importância é o controle comportamental percebido, seguida das representações emocionais. A análise da função discriminante permitiu a obtenção de uma variável canônica discriminante, com resultados de significância (Wilk's lambda = 0,495; qui-quadrado = 71,778; $p \leq 0,001$) e uma correlação canônica de 0,715. Esses resultados revelaram que o poder discriminatório da função é significativo e os dois grupos, fumantes com e sem intenção para deixar de fumar, são significativamente diferentes com base nas variáveis estudadas.

Os resultados da matriz de classificação da função para os fumantes com e sem intenção para deixar de fumar indicaram que 77% dos casos são corretamente classificados, e a proporção de variância não explicada foi de 49,5%.

Discussão

A relação negativa entre a qualidade de vida mental e as representações emocionais e cognitivas mais ameaçadoras do tabaco indica que os fumantes perceberam a sua qualidade de vida mental diminuir à medida que aumentava a percepção de ameaça relacionada com o consumo de tabaco. Esses resultados podem ser explicados à luz da literatura, que nos revela que representações mais ameaçadoras estão associadas a uma pior percepção da qualidade de vida.⁽²⁸⁾

Relacionando essa informação com os resultados do nosso estudo, verifica-se que quanto mais ameaçadoras as representações (cognitivas e emocionais) associadas ao tabaco, mais o fumante percebe o tabaco como prejudicial à sua saúde, vendo diminuída a sua qualidade de vida mental.

No que diz respeito à morbidade psicológica, a literatura mostra-nos como se relaciona com o comportamento tabágico,⁽³⁾ apresentando consequências físicas ao nível da diminuição da qualidade de vida mental.^(2,9) De acordo com o modelo de estresse/enfrentamento,⁽¹³⁾ a morbidade psicológica pode ser encarada como uma resposta emocional que pode ter um impacto direto ao nível da variável de resultado, i.e., na qualidade de vida mental do indivíduo. Ainda de acordo com o modelo, o consumo de tabaco pode ser visto como um estressor com efeito direto sobre o aumento da morbidade psicológica e da ameaça percebida em relação ao tabaco. Assim, os fumantes, na presença de menor morbidade psicológica associada ao consumo

de tabaco, apresentam menor qualidade de vida mental e representações emocionais e cognitivas mais ameaçadoras, i.e., a sua qualidade de vida mental diminui à medida que aumenta a percepção dos perigos do tabaco para a sua saúde. Curiosamente, a relação entre a qualidade de vida mental e a compreensão é positiva, indicando que, na presença de maior morbidade psicológica, quanto menos os fumantes compreendem porque fumam, eles têm uma percepção de melhor qualidade de vida mental. Entende-se por compreensão o fato de os fumantes perceberem porque fumam e quais são os sintomas associados ao consumo de tabaco. Assim, a morbidade psicológica pode ter um efeito protetor que provavelmente poderá manter o comportamento tabágico no sentido de proteger os fumantes, dando-lhes a percepção de uma boa qualidade de vida mental.

No caso dos ex-fumantes, a morbidade psicológica teve um efeito moderador, semelhante ao dos fumantes, na relação entre a qualidade de vida mental e as representações cognitivas. A relação entre a qualidade de vida e as representações cognitivas foi negativa, indicando que na presença de menor morbidade psicológica, os ex-fumantes, quando fumavam, percebiam uma menor qualidade de vida mental e apresentavam representações cognitivas mais ameaçadoras. A relação entre a qualidade de vida física e as representações emocionais e cognitivas relacionadas ao tabaco mostrou-se negativa nos fumantes e nos ex-fumantes, i.e., na presença de menos sintomas de morbidade psicológica pelos fumantes e ex-fumantes, a qualidade de vida física é menor quando as representações do tabaco (cognitivas e emocionais) são mais ameaçadoras. Assim, as representações cognitivas e emocionais mais ameaçadoras relacionadas ao tabaco estão associadas a uma pior percepção da qualidade de vida, o que está de acordo com a literatura.⁽²⁸⁾

A análise discriminante revelou que os fumantes com intenção para deixar de fumar apresentaram menor compreensão, representações emocionais mais ameaçadoras, mais crenças de comportamento, mais controle comportamental percebido e mais crenças normativas/controladas. De acordo com a literatura,⁽²⁹⁾ os fumantes com intenção para deixar de fumar encontram-se em uma fase de preparação para iniciar um processo para deixar de fumar. No nosso estudo, quem teve intenção para deixar de fumar compreendia menos porque fumava (compreensão), apresentou maior preocupação associada com o fato de fumar e sentiu-se afetado emocionalmente pela ameaça que o tabaco

representava para a sua saúde (representações emocionais). Esses resultados podem indicar que os fumantes, ao terem uma percepção mais ameaçadora do tabaco para a sua saúde, poderão estar mais motivados para deixar de fumar. De acordo com a TCP,⁽³⁰⁾ os fumantes com intenção para deixar de fumar têm noção do seu controle em relação a deixar de fumar (controle comportamental percebido), têm em conta o que os outros esperam que façam (mais crenças normativas/controladas) e consideram os prováveis resultados de deixar de fumar (mais crenças de comportamento). De fato, a TCP refere que as crenças são importantes na construção de atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido, estando envolvidas na intenção do comportamento (deixar de fumar).⁽³⁰⁾ As variáveis sociocognitivas (controle comportamental percebido, crenças de comportamento e crenças normativas/controladas) mostram-se importantes no sentido da construção de um plano de cessação tabágica. Assim, representações emocionais do tabaco mais ameaçadoras e menor compreensão do tabaco levam os fumantes a considerar que fumar faz mal à sua saúde, compreendem menos porque fumam e consideram que deixar de fumar pode ser importante para a sua saúde.⁽¹⁰⁾ As variáveis sociocognitivas do presente estudo indicam a importância do controle comportamental percebido, das crenças normativas/controladas e das crenças de comportamento na intenção para deixar de fumar.⁽²⁰⁾

O fato de a amostra ser de conveniência, recolhida apenas na zona norte de Portugal, limita a generalização dos resultados para outras regiões do nosso país, dado que se deve ter em consideração as características sociais e culturais de cada região. Investigações futuras deverão analisar o papel das variáveis sociocognitivas particularmente em relação à intenção, em amostras mais diversificadas, bem como avaliar o papel do enfrentamento familiar como variável moderadora na relação entre as representações do tabaco e a intenção para deixar de fumar.

O presente estudo sublinhou a importância do efeito moderador da morbidade psicológica na qualidade de vida mental e física de fumantes e ex-fumantes, bem como a importância das variáveis sociocognitivas na intenção para deixar de fumar nos fumantes. Os resultados contribuem para a importância de informar os programas de intervenção na cessação tabágica em relação à diminuição da morbidade psicológica, bem como à inclusão das variáveis sociocognitivas (TCP).^(12,13)

Referências

1. Viegas CA. Noncigarette forms of tobacco use. *J Bras Pneumol.* 2008;34(12):1069-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001200013> PMID:19180343
2. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines--2008. *J Bras Pneumol.* 2008;34(10):845-80. Erratum in: *J Bras Pneumol.* 2008;34(12):1090. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001000014> PMID:19009219
3. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax.* 2008;63(8):717-24. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2007.090647> PMID:18263663 PMCID:2569194
4. Calheiros P, Andretta I, Oliveira M. Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos aditivos. In: Werlang BS, Oliveira MS, editors. *Temas em Psicologia Clínica.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
5. Magid V, Colder CR, Stroud LR, Nichter M, Nichter M; TERN Members. Negative affect, stress, and smoking in college students: unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addict Behav.* 2009;34(11):973-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.007> PMID:19523773
6. Miller KE. Quality of life impairment in healthy young smokers. *Am Fam Physician.* 2004;70(9):1785-6.
7. Sales MP, Oliveira MI, Mattos IM, Viana CM, Pereira ED. The impact of smoking cessation on patient quality of life. *J Bras Pneumol.* 2009;35(5):436-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000500008> PMID:19547852
8. Trigo M. O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões. *Rev Port Clin Geral.* 2005;21:161-82.
9. Arjonilla S, Pelcastre B, Orozco E. Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. *Salud Ment.* 2000;23(3):2-12.
10. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006;60(6):631-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020> PMID:16731240
11. Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, editors. *Action control: From cognition to behavior.* Heidelberg: Springer-Verlag; 1985. p. 11-39.
12. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *J Exp Soc Psychol.* 1986;2:453-74. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
13. Haug S, Meyer C, Ulbricht S, Schorr G, Rüge J, Rumpf HJ, et al. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Educ Couns.* 2010;78(1):57-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.005> PMID:19660890
14. Maes S, Leventhal H, de Ridder D. Coping with chronic diseases. In: Ziender M, Endler N, editors. *Handbook of Coping.* New York: Wiley; 1996. p. 221-45.
15. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51(6):1173-82. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
16. Curran PJ, Bauer DJ, Willoughby MT. Testing main effects and interactions in latent curve analysis. *Psychol Methods.* 2004;9(2):220-37. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.9.2.220> PMID:15137890
17. Burns RB, Burns RA, editors. *Business Research Methods and Statistics using SPSS.* London: SAGE Publications Ltd; 2008.
18. Figueiras M, Marcelino DS, Claudino A, Cortes MA, Maroco J, Weinman J. Patients' illness schemata of hypertension: the role of beliefs for the choice of treatment. *Psychol Health.* 2010;25(4):507-17. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440802578961> PMID:20204931
19. Cohen S, Lichtenstein E. Partner behaviors that support quitting smoking. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(3):304-9. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.58.3.304>
20. Pereira MG, Afonso F. *Partner Interaction Questionnaire. Versão de Investigação.* Braga: Universidade do Minho; 2006.
21. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
22. Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal, I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress de Lovibond e Lovibond. *Psic., Saúde & Doenças.* 2004;5(2):229-39.
23. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002> PMID:1593914
24. Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: Contributos para a definição de normas portuguesas. *Rev Port Saúde Pública.* 2003;21(2):15-30.
25. Pereira MG, Afonso F. *Questionário Sociocognitivo. Versão de Investigação.* Braga: Universidade do Minho; 2010.
26. APCC [homepage on the Internet]. Lisboa: APCC [cited 2007 Dec 20]. *Ajzen I. Constructing a TpB Questionnaire: conceptual and Methodological Considerations; 2002.* [Adobe Acrobat document, 14p.] Available from: <http://www.apcc.online.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005562.pdf>
27. Icek Ajzen [homepage on the Internet]. Amherst: University of Massachusetts [cited 2007 Nov 20]. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grinshaw J, Foy R, et al. *Constructing questionnaires based on the theory of planned behavior: A manual for health services researchers; 2004.* Available from: <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.html>
28. Sampaio RS, Pereira MG, Winck JC. Adaptation of the sleep apnea quality of life index (SAQLI) to Portuguese obstructive sleep apnea syndrome patients [Article in Portuguese]. *Rev Port Pneumol.* 2012;18(4):166-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.02.009> PMID:22541672
29. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychol Psychother Theor Res Pract.* 1982;19(3):276-88.
30. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec.* 1991;50:179-211. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Sobre os autores

Maria Fernanda Besteiro Afonso

Pesquisadora. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Maria Graça Pereira Alves

Professora Associada. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.