



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

HÁBITOS TABÁGICOS, AFETIVIDADE E STRESSE. O PAPEL DAS
DIFERENÇAS DE GÉNERO.

INÊS CRUZ DUARTE COSTA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL TRIGO

Orientador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL TRIGO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Dr. Miguel Trigo, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento ao meu orientador de seminário de dissertação, o Professor Dr. Miguel Trigo, pelo acompanhamento rigoroso, pela disponibilidade e pelas orientações valiosas que muito contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho. O seu conhecimento, a sua exigência e a sua dedicação foram fundamentais para a concretização desta dissertação, não apenas ao nível científico, mas também no estímulo à minha autonomia, sentido crítico e crescimento académico.

Aos colegas que me acompanharam neste último ano de mestrado, deixo um agradecimento especial. Foram muito mais do que simples colegas de seminários, foram verdadeiros companheiros nesta etapa, marcando este caminho com amizade, apoio mútuo e questionamento constante. A vossa presença tornou este percurso mais leve, mais humano e infinitamente mais enriquecedor.

Aos participantes que generosamente aceitaram colaborar neste estudo, expresso também a minha sincera gratidão. O vosso contributo para este trabalho foi inestimável.

Aos meus amigos e família, deixo um agradecimento sentido. O vosso apoio inabalável, a vossa paciência e incentivo foram fundamentais nos momentos mais desafiantes. Estiveram sempre presentes, a lembrar-me da importância de acreditar, mesmo quando o cansaço se fazia sentir, e por isso tenho uma enorme gratidão.

À minha mãe, agradeço profundamente. Mesmo ausente, continuas a ser a minha maior inspiração. O teu exemplo, os teus ensinamentos e o amor com que me guiaste estão em cada conquista, em cada passo deste caminho que é também teu.

Ao Mário, o meu mais sincero obrigada. Obrigada por teres partilhado comigo esta longa caminhada, por seres o meu refúgio, o meu apoio e a minha força quando mais precisei. O teu incentivo e a tua presença tornaram possível aquilo que, por vezes, me pareceu inalcançável.

Aos meus três filhos, deixo as palavras mais comovidas deste percurso. Foram, e serão sempre, a minha maior motivação. A vossa alegria, a vossa curiosidade e a vossa forma de olhar o mundo deram sentido a cada esforço e fizeram-me persistir, mesmo nos momentos mais difíceis. Espero que levem sempre convosco a certeza de que merecem trilhar caminhos que vos façam felizes.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um dos principais fatores de risco modificáveis para a saúde, estando associado a doenças crônicas e elevada mortalidade. Para além da dependência, outros fatores como o stresse percebido e a afetividade têm um papel relevante na iniciação, manutenção e cessação do consumo, podendo expressar-se de forma diferenciada segundo o género. Este estudo analisou diferenças de género nos hábitos tabágicos, considerando a afetividade positiva e negativa, o stresse percebido e a dependência da nicotina. **Método:** Participaram 414 adultos portugueses (52,7% homens; 18–65 anos), distribuídos em não fumadores, fumadores ativos, ocasionais e ex-fumadores. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e de hábitos tabágicos, o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), a *Horn-Waingrow Scale* (HWS), a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) e a *Perceived Stress Scale* (PSS-10). **Resultados:** As mulheres reportaram níveis mais elevados de afetividade negativa nos grupos de fumadores ativos e ocasionais, bem como níveis superiores de stresse no grupo dos não fumadores. O stresse mediou parcialmente a relação entre dependência da nicotina e afetividade negativa, mas não afetou a afetividade positiva. A dependência física associou-se positivamente ao stresse, enquanto a relação esperada com a afetividade positiva não foi confirmada. O género moderou a relação entre stresse e dependência, apenas nos ex-fumadores, com padrões opostos em homens e mulheres. **Conclusão:** No género feminino, os resultados reforçam o papel do stresse e da afetividade negativa na manutenção do consumo e evidenciam a necessidade de programas de cessação diferenciados por género. A afetividade positiva não emergiu como fator central, sugerindo a exploração de outras variáveis individuais e contextuais. Intervenções futuras deverão integrar estratégias de regulação emocional e *coping*, adaptadas ao género, para aumentar a eficácia da cessação.

Palavras-chave: Tabagismo; Género; Stresse percebido; Afetividade; Dependência da nicotina.

ABSTRACT

Introduction: Tobacco use is one of the main modifiable risk factors for health, being associated with chronic diseases and high mortality. Beyond dependence, other factors such as perceived stress and affectivity play a relevant role in smoking initiation, maintenance, and cessation, and may differ according to gender. This study examined gender differences in smoking habits, considering positive and negative affectivity, perceived stress, and nicotine dependence. **Method:** A total of 414 Portuguese adults (52.7% men; aged 18–65 years) participated, classified as non-smokers, active smokers, occasional smokers, and former smokers. Measures included a sociodemographic and smoking habits questionnaire, the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), the Horn-Waingrow Scale (HWS), the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and the Perceived Stress Scale (PSS-10). **Results:** Women reported higher levels of negative affect in the groups of active and occasional smokers, as well as higher levels of perceived stress in the non-smoker group. Stress partially mediated the relationship between nicotine dependence and negative affect, but not positive affect. Nicotine dependence was positively associated with stress, while the expected negative correlation between positive affect and dependence was not confirmed. Gender moderated the relationship between stress and dependence only among former smokers, with opposite patterns found in men and women. **Conclusion:** The findings highlight the role of stress and negative affect in smoking maintenance, particularly among women, and emphasize the need for gender-sensitive cessation programs. Positive affect did not emerge as a central factor, pointing to the relevance of exploring additional individual and contextual variables. Future interventions should integrate emotion regulation and coping strategies tailored by gender to improve cessation outcomes.

Keywords: Smoking; Gender; Perceived Stress; Affectivity; Nicotine Dependence.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
LISTA DE TABELAS	vi
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	3
2.1. Dimensão, distribuição e natureza do tabagismo	3
2.2. Dependência e consequências do tabagismo	4
2.3. Género e tabagismo	7
2.4. Tabagismo e modelos biopsicossociais	9
2.5. Stresse percecionado	21
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivos	22
3.2. Hipóteses	23
4. MÉTODO	23
4.1. Plano	23
4.2. Participantes	24
4.3. Critérios	24
4.4. Instrumentos	24
4.5. Procedimento	28
4.6. Ética	29
4.7. Procedimento estatístico	29
5. ANÁLISE DE RESULTADOS	30
5.1. Caracterização sociodemográfica	30

5.2. Qualidades psicométricas dos instrumentos.....	31
5.3. Estudo de proporções e médias.....	32
5.4. Estudo correlacional	41
5.5. Estudo inferencial	45
5.6. Análise das hipóteses.....	46
6. DISCUSSÃO.....	49
7. CONCLUSÕES	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela I. Constituição da bateria de instrumentos	28
Tabela II. Caracterização dos participantes pela idade	111
Tabela III. Caracterização sociodemográfica dos participantes	111
Tabela IV. Consistência interna das escalas	32
Tabela V. Estatísticas descritivas das escalas	112
Tabela VI. Distribuição (M, DP) da idade de início do consumo	113
Tabela VII. Caracterização do tipo de tabaco consumido	113
Tabela VIII. Caracterização das motivações para início do consumo	114
Tabela IX. Fumador ativo – frequência de uso por tipo de produto	114
Tabela X. Fumador ocasional – frequência de uso por tipo de produto	114
Tabela XI. Ex-fumador – frequência de uso por tipo de produto	115
Tabela XII. Caracterização das tentativas de cessação tabágica	115
Tabela XIII. Distribuição (M, DP) do número de tentativas de cessação tabágica	115
Tabela XIV. Distribuição (M, DP) da duração do hábito tabágico	116
Tabela XV. Caracterização das motivações para a manutenção do hábito tabágico	116
Tabela XVI. Caracterização dos contextos de uso de produtos de tabaco	117
Tabela XVII. Caracterização das tentativas de cessação atuais	118
Tabela XVIII. Ex-fumador – Distribuição (M, DP) da duração do hábito tabágico	118
Tabela XIX. Caracterização do termino do consumo	118
Tabela XX. Caracterização das motivações para a cessação	119
Tabela XXI. Caracterização dos estatutos tabágicos em função dos escalões etários	36
Tabela XXII. Teste <i>post-hoc</i> dos resíduos ajustados padronizados entre escalões etários e estatutos tabágicos	120
Tabela XXIII. Caracterização dos estatutos tabágicos em função da escolaridade	120
Tabela XXIV. Diferenças na afetividade (PANAS) em função do género e estatuto tabágico	37
Tabela XXV. Diferenças na afetividade (PANAS), em função do género e habilitações (12º ano)	38
Tabela XXVI. Diferenças na afetividade (PANAS), em função do género e habilitações (Ensino Superior)	38

Tabela XXVII. Distribuição (M, DP) da afetividade por estatuto tabágico em função da idade	120
Tabela XXVIII. Diferenças no stresse percecionado (PSS), em função do género e estatuto tabágico	39
Tabela XXIX. Distribuição (M, DP) do stresse percecionado (PSS) em função do género, estatuto tabágico e habilitações (12º Ano)	121
Tabela XXX. Diferenças no stresse percecionado (PSS), em função do género, estatuto tabágico e habilitações (Ensino Superior)	39
Tabela XXXI. Diferenças no stresse percecionado (PSS), por estatuto tabágico em função da idade	40
Tabela XXXII. Diferenças na dependência psicológica (HWS), em função do género, estatuto tabágico e habilitações (12º Ano)	121
Tabela XXXIII. Diferenças na dependência psicológica (HWS), em função do género, estatuto tabágico e habilitações (Ensino Superior)	122
Tabela XXXIV. Diferenças na dependência psicológica por estatuto tabágico em função da idade	123
Tabela XXXV. Fumador ativo – Matriz de correlações <i>Pearson</i>	41
Tabela XXXVI. Fumador ocasional – Matriz de correlações <i>Pearson</i>	42
Tabela XXXVII. Ex-fumador – Matriz de correlações <i>Pearson</i>	43
Tabela XXXVIII. Correlação de <i>Pearson</i> entre a dependência física da nicotina (FTND) e o stresse percecionado (PSS), por género e estatuto tabágico	44
Tabela XXXIX. Modelo de mediação com variável dependente: Afeto positivo	45
Tabela XL. Modelo de mediação com variável dependente: Afeto negativo	45
Tabela XLI. Análise de moderação do género na relação entre o stresse percecionado (PSS) e a intensidade da dependência física da nicotina (FTND)	46
Tabela XLII. Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre a dependência física da nicotina (FTND) e o afeto positivo por género e estatuto tabágico	123

1. INTRODUÇÃO

Apesar das campanhas de sensibilização e das políticas de controlo do tabagismo, o seu consumo permanece elevado em várias partes do mundo e é um dos principais fatores de risco para a saúde global, sendo frequentemente associado a doenças cardiovasculares, respiratórias e oncológicas (Flor et al., 2021; WHO, 2021). Esta realidade torna evidente a necessidade de compreender melhor os fatores psicossociais que sustentam este comportamento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019), o consumo de tabaco está na origem de aproximadamente 8 milhões de mortes por ano, das quais 1,3 milhões resultam da exposição ao fumo passivo. Cerca de 80% dos utilizadores de tabaco vivem em países de baixo e médio rendimento, onde o impacto do consumo agrava frequentemente a pobreza, devido aos custos associados e à elevada dependência causada por estes produtos.

Globalmente, porém, verifica-se uma tendência de redução da taxa de consumidores de tabaco. Em 2000, cerca de um terço da população mundial, com 15 ou mais anos, consumia tabaco (32,7%), ao passo que em 2020 essa percentagem baixou para 22,3%, com previsões de atingir os 20,4% em 2025 (WHO, 2021). No entanto, estas tendências não se manifestam de forma uniforme entre homens e mulheres. Em 2020, a taxa de consumo entre homens (36,7%) era mais de quatro vezes superior à das mulheres (7,8%) e estima-se que essa disparidade aumente até 2025 (34,3% vs. 6,6%, respetivamente). Em Portugal, dados recentes apontam para uma prevalência de 21% na população geral, sendo o consumo mais elevado entre os homens (24%) do que entre as mulheres (18%), com destaque para as faixas etárias entre os 25 e os 54 anos (European Commission, 2024).

Estas diferenças de género no consumo de tabaco, são particularmente relevantes e merecem ser exploradas à luz de fatores emocionais e psicológicos, uma vez que os motivos para fumar e os efeitos do consumo podem variar significativamente entre homens e mulheres. A literatura tem vindo a reconhecer o papel da afetividade e do stresse percecionado, enquanto dimensões centrais na compreensão do comportamento tabágico. Neste contexto, a teoria dos afetos de Tomkins (1966) apresenta uma perspetiva que associa o ato de fumar à regulação emocional, sugerindo que tanto os afetos positivos (ex. prazer ou entusiasmo) como os negativos (ex. medo ou angústia) influenciam a iniciação e manutenção do consumo. Para maior detalhe acerca da teoria dos afetos de Tomkins (1960), consultar Anexo 1.

As dimensões da estrutura afetiva influenciam de forma distinta os comportamentos tabágicos entre homens e mulheres. Segundo Leventhal e associados (2013), as mulheres tendem a apresentar maiores níveis de afetividade negativa, sendo esta associada a uma maior probabilidade de fumar para regular emoções desagradáveis. Por seu turno, nos homens, o consumo de tabaco tende a estar mais relacionado com o aumento de estímulos positivos e sociais. Este padrão sugere que os mecanismos afetivos subjacentes ao uso do tabaco podem variar consoante o género, implicando diferentes motivações e riscos de dependência.

O stress percecionado é outro fator crucial na compreensão dos hábitos tabágicos, apresentando variações significativas entre géneros. Um estudo realizado por Kim e Park (2016) demonstrou que níveis elevados de stress estão fortemente associados ao aumento do consumo de tabaco, sendo esta relação mais acentuada nas mulheres do que nos homens. Este dado aponta para uma maior vulnerabilidade do género feminino à utilização do tabaco, como estratégia de regulação emocional em resposta ao stress. Adicionalmente, Piper e colegas (2010) sugerem que as mulheres tendem a fumar mais em resposta a estímulos de stress, evidenciando uma maior reatividade emocional a situações stressantes, o que pode dificultar os esforços de cessação tabágica. O estudo conclui que o género feminino revela uma relação mais marcada entre fatores emocionais negativos e a manutenção do consumo de tabaco, sublinhando a importância de intervenções sensíveis às diferenças de género.

O stress percecionado, por sua vez, é influenciado por fatores individuais, nomeadamente traços de personalidade e estratégias de *coping*, podendo funcionar como mediador entre a experiência emocional e os comportamentos de saúde. Segundo Folkman e colaboradores (1986), os processos de *coping* moldam a adaptação ao stress e, a longo prazo, afetam o bem-estar psicológico e físico. Dependendo do grau de controlo percebido sobre os eventos stressantes, características de personalidade e estratégias de *coping* podem interagir de formas distintas (Pearlin & Schooler, 1978).

Embora o impacto do stress e da afetividade no consumo de tabaco já tenha sido explorado, as diferenças entre homens e mulheres, nestas variáveis, continuam pouco aprofundadas, sobretudo no contexto português. A presente investigação pretende contribuir para este debate, ao analisar o papel das diferenças de género nos hábitos tabágicos, nos níveis de afetividade positiva e negativa e no stress percecionado. Mais do que identificar padrões de consumo, este estudo procura compreender de que forma o género se associa às emoções, em função dos hábitos tabágicos e do stress.

Assim, este estudo pretende esclarecer o papel do género sobre o consumo de tabaco e contribuir para intervenções clínicas e programas de promoção da saúde mais específicos e efetivos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Dimensão, distribuição e natureza do tabagismo

O consumo de tabaco é um grave problema de saúde pública. O uso destes produtos traduz-se numa das principais causas de doenças e morte evitável. Num relatório recente da Comissão Europeia (2024), que analisa as atitudes da população face ao uso dos produtos de tabaco, observa-se que as tendências para o uso destes produtos variam de acordo com características demográficas e tipos de produto. Relativamente ao consumo regular de cigarros tradicionais, ele é prevalente em 24% da população europeia, havendo uma maior percentagem de homens (28%) do que de mulheres (21%) a utilizar este tipo de produto. A maior incidência é entre os trabalhadores não qualificados e desempregados (77% no total) e na faixa etária entre os 25 e os 39 anos (32%), sendo este consumo maioritariamente feito numa base diária (69%).

Quanto a outros produtos, o uso de charutos é considerado baixo, com apenas 1% da população a utilizar e 1% a fazê-lo diariamente. Em relação ao cachimbo, o uso diário é de 1%. Na Europa, os produtos de tabaco aquecido são utilizados diariamente por 2% dos fumadores, sendo que 70% desses fumadores o fazem numa base quotidiana, consumindo em média 11 unidades por dia. Atualmente, os cigarros eletrónicos são utilizados por 3% da população europeia, com uma predominância entre os jovens dos 15 aos 24 anos (6%). A utilização de cigarros eletrónicos com nicotina, numa base diária, é prevalente em 55% da população, com uma média de consumo de 11 unidades por dia. A maioria dos europeus nunca experimentou tabaco de enrolar (83%). Relativamente ao tabaco de mascar, o uso diário é próximo dos 0%. Globalmente, o grupo etário com maior prevalência de consumo de tabaco situa-se entre os 25 e os 39 anos (32%), seguido do grupo entre os 40 e os 54 anos (28%) (European Commission, 2024).

Em Portugal, de acordo com o Eurobarómetro Especial de 2023, a percentagem global de fumadores é de 19%, ligeiramente inferior à média europeia que se situa nos 20%, sendo 24% dos fumadores homens e 18% mulheres e a faixa etária com maior prevalência é a dos 40 aos 54 anos (30%), seguida do grupo entre os 25 e os 39 (28%). O consumo de cigarros tradicionais prevalece em 19% da população, enquanto os cigarros eletrónicos são utilizados por 6% dos portugueses, seguidos do tabaco de enrolar (3%) e do tabaco aquecido (2%). A

utilização de cigarrilhas, charutos e cachimbo tem uma prevalência de 1%, em cada um destes produtos.

A análise dos últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), que contemplam dados recolhidos entre 1987 e 2014, denota uma redução do consumo de tabaco nos homens e um aumento nas mulheres, passando de 32,2% e 6%, em 1987, para 26,7% e 14,6%, em 2014, respetivamente. No caso dos homens, também a faixa etária com maior frequência de consumo revela alterações neste período, passando do grupo entre os 25-34 anos de idade, em 1987, para o grupo entre os 45-65 anos, em 2014. No que diz respeito às mulheres, ao longo do tempo a maior incidência de consumo mantém-se numa faixa etária mais jovem, entre os 20 e os 44 anos, observando-se, no entanto, um aumento significativo do uso de produtos de tabaco nos anos mais recentes, na faixa etária entre os 45 e os 65 anos.

No caso dos homens, observa-se maior consumo nas regiões do Alentejo e Algarve. São os homens com escolaridade até ao 9º ano que mais fumam, verificando-se uma redução do uso de tabaco nos restantes níveis de escolaridade e particularmente expressiva em indivíduos com educação superior (Leite et al., 2017). Entre as mulheres, destaca-se o Algarve como a região com maior prevalência de fumadoras diárias, sobretudo entre as que concluíram o 9.º ano ou o ensino secundário. À semelhança dos homens, também as mulheres divorciadas apresentam taxas mais elevadas de consumo de tabaco (Leite et al., 2017).

Em termos ocupacionais, os trabalhadores não qualificados revelam maior incidência de consumo, especialmente os que se encontram desempregados. Nas mulheres, verifica-se, ainda, uma maior prevalência entre as profissões de nível intermédio, em particular nas que se encontram, também, desempregadas. Quanto ao estado civil, a maior prevalência de fumadores situa-se entre os divorciados, seguidos dos viúvos (Leite et al., 2017). De forma consistente, a literatura aponta que o início e a manutenção dos hábitos tabágicos ocorrem com maior probabilidade em estratos populacionais com baixos níveis de rendimento e escolaridade (Thornton et al., 1994; DSM-5-TR, 2022).

2.2. Dependência e consequências do tabagismo

Atualmente o tabagismo é reconhecido como sendo uma doença crónica (Fiore, 2008 citado por Bottorff et al., 2014) e uma perturbação mental (DSM-5-TR, 2022). A perturbação de uso de tabaco enquadra-se nas perturbações de uso de substâncias e caracteriza-se por (i) desejo persistente ou uma falha nos esforços para diminuir ou cessar o seu consumo, (ii) forte desejo

de utilizar produtos de tabaco, comprometendo atividades da vida diária, (iii) continuidade no uso do tabaco, mesmo perante um problema físico ou psicológico provocado ou aumentado pelo seu uso e (iv) sintomas de abstinência, em que o consumo é mantido para os evitar (DSM-5-TR, 2022). O diagnóstico de perturbação de uso de tabaco exige, assim, a combinação de múltiplos critérios, como a persistência do consumo, apesar das suas consequências negativas, o forte desejo de fumar (*craving*) e as dificuldades em reduzir o consumo, traduzindo a natureza física e psicológica desta dependência (DSM-5-TR, 2022).

São amplas as evidências de que o consumo de tabaco está relacionado com o desenvolvimento de patologias físicas graves, incluindo as cardiovasculares, como a doença das artérias coronárias e acidente vascular cerebral (General, 2014; WHO, 2021). O tabagismo também é um fator causal importante em vários tipos de cancro, particularmente cancro do pulmão, cavidade oral, laringe, esófago e pâncreas (Hoffman, 1931; *International Agency for Research on Cancer*, 2012; General, 2014). Em comparação com os homens, as mulheres que fumam, apresentam um risco 25% maior de contrair doenças coronárias e são mais suscetíveis ao cancro da mama (Pribadi & Devi, 2020; General, 2014). Além disso, a combinação do tabagismo, com o uso de contraceptivos orais, aumenta significativamente o risco cardiovascular nas mulheres (WHO, 2021).

O tabagismo está também associado ao declínio em várias dimensões da saúde mental, incluindo o bem-estar emocional, a função cognitiva e o aumento do stresse, sendo um fator preditor reconhecido de perturbações depressivas e ansiosas (Baker et al., 2004; Duffy et al., 2002; Stafford et al., 2013, citados por Goldenberg et al., 2014). Estudos epidemiológicos indicam que pessoas com disfunções mentais têm significativamente maior prevalência de tabagismo, em comparação à população geral, chegando a taxas duas vezes maiores em alguns casos (Parker & Villanti, 2020; Cook et al., 2014). Tal associação é confirmada por revisões sistemáticas que apontam para a necessidade de intervenções específicas para a cessação do tabagismo, em populações com queixas psicológicas (Prochaska, 2011; Lawn et al., 2002). Também o DSM-5-TR (2022) associa um maior risco de início e manutenção do tabagismo, em pessoas com perturbações depressivas, ansiosas, de personalidade, psicóticas ou de uso de outras substâncias.

Ao relacionar o uso de produtos de tabaco, com a saúde, importa ter em consideração aspetos que medeiam o impacto da utilização do produto. Desde logo, os produtos do tabaco têm diferentes níveis de nicotina. Por outro lado, a quantidade diária consumida varia entre

fumadores, assim como a frequência e os intervalos feitos ao longo do dia. Também a forma de fumar pode influenciar o impacto do tabagismo na saúde e a própria idade de início do consumo contribui para a variação no risco de desenvolvimento de doenças (Hoffman, 1931).

Neste sentido, Shiffman e Paton (1999) destacam que a dependência da nicotina varia significativamente entre indivíduos, quanto à sua intensidade ou prevalência, condicionando a resposta à cessação tabágica. Assim, a dependência tabágica deve ser encarada com um contínuo, com diversos níveis de intensidade, sendo que nem todos os fumadores se tornam dependentes. Estima-se, porém, que mais de metade dos indivíduos que fuma diariamente desenvolva essa dependência (Shiffman & Paton, 1999). Para estes autores, os fumadores com um consumo diário de até cinco cigarros não desenvolvem dependência, nem apresentam sintomas de abstinência ou alterações de humor quando cessam o consumo, uma vez que não têm níveis significativos de nicotina no sangue. Neste caso, pode pressupor-se que estamos a falar de fatores situacionais associados ao consumo, não motivados pela dependência (Shiffman & Paton, 1999).

Assim, a propensão para a dependência da nicotina é influenciada por múltiplos fatores que podem ser genéticos, relacionados com os padrões de consumo, com características individuais, com o contexto social e ambiental, com a personalidade, histórico familiar ou estado emocional aquando da fase inicial do consumo (Shiffman & Paton, 1999; Baker et al., 2004). Neste sentido, tão importante quanto o estudo das diferenças de género, motivadas por determinantes genéticos, é a consideração das diferenças individuais e a sensibilidade à nicotina, com o objetivo de desenvolver linhas de tratamento personalizadas e mais eficazes (Shiffman & Paton, 1999). Em termos epidemiológicos, a dependência tabágica tende a desenvolver-se durante a adolescência e os adultos que têm uma probabilidade muito elevada de se tornarem fumadores diários ou regulares, geralmente iniciaram o consumo de tabaco na adolescência (Anam et al., 2022).

Assim, a dependência do tabaco pode ser compreendida a partir de duas dimensões principais. A dependência física, associada à adaptação neurobiológica à nicotina e aos sintomas de abstinência que surgem com a interrupção do consumo e a dependência psicológica, relacionada com fatores emocionais, cognitivos e comportamentais que mantêm o comportamento tabágico (DSM-5-TR, 2022; Balfour, 2004). A dependência física traduz-se num forte impulso fisiológico para continuar a fumar, decorrente da adaptação do organismo à presença constante da nicotina (DSM-5-TR, 2022; Balfour, 2004). Por sua vez, a

dependência psicológica manifesta-se através da utilização do cigarro como estratégia para lidar com emoções negativas, como ansiedade, tédio ou solidão, bem como pela associação do ato de fumar a rotinas quotidianas, reforçando a manutenção do comportamento (Dijkstra & Tromp, 2002). Estudos realizados em populações indianas sugerem, inclusive, que a dependência psicológica predomina sobre a física, em contextos onde o acesso à nicotina é limitado, mas o valor simbólico e emocional do cigarro é elevado (Jadhav & Singh, 2013).

A dependência psicológica envolve motivações e crenças que promovem o consumo continuado, incluindo o alívio de sintomas de ansiedade, stresse, solidão e tédio (Piirtola et al., 2021). O tabagismo também está associado a alterações do humor, como depressão e ansiedade, que, por seu turno, podem reforçar a dificuldade em cessar o consumo, criando um ciclo de dependência complexo (Cosci et al., 2009; Piasecki et al., 2010).

2.3. Género e tabagismo

O género representa um construto sociocultural multidimensional e específico, segundo o qual vivenciamos a pertença a determinadas categorias como o ser mulher, homem ou pessoa transgénero. Existem três aspetos de género ligados aos hábitos tabágicos: (i) os papéis de género, que determinam quem fuma, como, onde e quando, (ii) a identidade de género, que corresponde ao alinhamento individual com as características de feminilidade ou masculinidade, assumindo-se o tabagismo como “rebelião feminina” ou “estilo masculino” e (iii) as relações de género, compostas por micro-interações entre homens e mulheres, servindo de base para a construção, manutenção ou contestação do género (Bottorff et al., 2014).

Estudos acerca do consumo de tabaco por mulheres, focam as mudanças no simbolismo cultural associado ao seu uso, agora ligado a um maior poder económico, social e político do género feminino. As representações do tabagismo feminino são marcadas por mensagens ambíguas e, por vezes, contraditórias. Por um lado, as campanhas publicitárias das tabaqueiras exploram a sexualidade feminina e associam o ato de fumar à independência, atratividade e glamour (Bottorff et al., 2014). Por outro lado, as campanhas de controlo do tabaco frequentemente retratam as mulheres fumadoras de forma negativa, como sendo pouco atraentes ou "feias", reforçando estigmas em torno do comportamento (Bottorff et al., 2014). Além disso, fatores como a aceitação social, a influência de pares e a exposição à publicidade

glamorosa contribuem significativamente para a iniciação e manutenção do consumo de tabaco entre mulheres (Pribadi & Devi, 2020).

No caso dos homens, os estudos revelam que o tabagismo se associa a características positivas como a paternidade, a masculinidade, o auto-controlo, a força de vontade ou a autonomia, todas características tipicamente masculinas e positivas (Bottorff et al., 2014).

Nas intervenções para a redução e cessação tabágica, também é fundamental considerar o papel do género. Estas devem ser construídas sobre conceitos sólidos de género, quase sempre ausentes na literatura sobre esta temática e incluir componentes que abordem a influência do género no tabagismo, não sendo apenas direcionadas para as grávidas. Importa ainda, que promovam a equidade de género e encorajem normas, papéis e relações de género saudáveis, desafiando estereótipos prejudiciais e abordando as desigualdades na perceção de poder que influenciam o uso do tabaco (Bottorff et al., 2014).

Adicionalmente, evidências sugerem que as mulheres tendem a desenvolver dependência da nicotina mais rapidamente e apresentam maiores dificuldades na cessação do tabagismo, possivelmente devido a fatores hormonais e psicossociais. Por exemplo, o ciclo menstrual pode influenciar o desejo de fumar e a capacidade de cessação, com fases específicas associadas a maiores níveis de *craving* (Mendrek et al., 2014). Além disso, as mulheres utilizam frequentemente o tabaco como estratégia para lidar com emoções negativas, como a ansiedade e depressão, o que pode reforçar a dependência psicológica (Cosci et al., 2011).

Outros estudos indicam que as mulheres metabolizam a nicotina mais rapidamente do que os homens, o que pode afetar os níveis de dependência e os sintomas de abstinência (Benowitz et al., 2006). Essa diferença no metabolismo pode contribuir para a maior dificuldade das mulheres em manter a abstinência, apesar de tentativas semelhantes de cessação, em comparação com os homens (Perkins et al., 1999).

Por fim, é importante notar que as intervenções de cessação tabágica podem ter uma eficácia variável entre os géneros. Por exemplo, algumas terapias farmacológicas demonstraram maior eficácia em mulheres no curto prazo, mas resultados semelhantes a longo prazo entre os géneros (Smith et al., 2015), destacando a necessidade de abordagens personalizadas que considerem as diferenças de género na dependência e na resposta ao tratamento.

2.4. Tabagismo e modelos biopsicossociais

2.4.1. Modelos biológicos

A dependência do tabaco tem uma base biológica complexa, sendo a nicotina o principal agente psicoativo responsável pelo seu reforço. Após a inalação do fumo, a nicotina atinge o cérebro em cerca de 10 a 20 segundos, onde exerce os seus efeitos ao ligar-se a recetores nicotínicos de acetilcolina, particularmente nas regiões associadas ao prazer, à motivação e à aprendizagem. Esta ligação desencadeia a libertação de diversos neurotransmissores, com especial destaque para a dopamina, no núcleo *accumbens*, estrutura central do sistema de recompensa cerebral (Benowitz, 2010; Jiloha, 2010). A ativação repetida deste circuito reforça a associação entre o consumo de tabaco e sensações de prazer, o que favorece a manutenção do comportamento de fumar.

Com o uso continuado da substância, existe uma neuroadaptação, incluindo uma regulação ascendente dos recetores nicotínicos, ou seja, um aumento no número e na sensibilidade destes recetores. Esta adaptação está associada ao desenvolvimento da tolerância, exigindo quantidades progressivamente maiores de nicotina para alcançar os mesmos efeitos fisiológicos e subjetivos (Benowitz, 2010). Ao mesmo tempo, o organismo torna-se dependente da presença constante da nicotina para manter um funcionamento neuroquímico estável, o que ajuda a explicar por que razão muitos fumadores sentem dificuldade em reduzir ou cessar o consumo (Benowitz, 2010; Jiloha, 2010).

Quando o acesso à nicotina é interrompido, surgem sintomas típicos de abstinência, tais como irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento do apetite, insónia e humor depressivo. Estes sintomas estão associados a uma diminuição aguda da atividade dopaminérgica e de outros neurotransmissores, como a serotonina e a noradrenalina, cuja regulação estava a ser mantida artificialmente pela ação da nicotina (Jiloha, 2010). O desconforto provocado pela abstinência contribui significativamente para o fenómeno de *craving* ou desejo intenso de fumar, frequentemente desencadeado por pistas ambientais, situações de stresse ou estados emocionais negativos. Este desejo compulsivo, cuja intensidade pode variar consoante predisposições genéticas e psicológicas, constitui um fator preditivo central de recaída, mesmo após longos períodos de abstinência (Benowitz, 2010; Jiloha, 2010; Pomerleau, 1995).

Para além destes processos neuroquímicos, as diferenças individuais no modo como cada organismo responde à nicotina também desempenham um papel crucial. Estudos

apontam para a existência de variações genéticas que afetam a sensibilidade aos efeitos reforçadores da nicotina, a velocidade do seu metabolismo e a vulnerabilidade à dependência (Pomerleau, 1995). Por exemplo, indivíduos com certas variantes no gene *CHRNA5* (que codifica uma subunidade dos recetores nicotínicos) ou no gene *CYP2A6* (envolvido na metabolização da nicotina), apresentam maior risco de se tornarem fumadores regulares e de desenvolverem dependência (Jiloha, 2010). Estas predisposições genéticas ajudam a explicar por que motivo algumas pessoas conseguem fumar ocasionalmente, sem desenvolver dependência, enquanto outras se tornam rapidamente fumadoras habituais.

Batra e colaboradores (2003) estimam que a herdabilidade do tabagismo varia entre 46% e 84%, sugerindo uma influência genética significativa. Segundo dados citados por estes autores, os fatores de risco genéticos, ambientais-individuais e ambientais-familiares explicam, respetivamente, 56%, 20% e 24% da variabilidade no uso regular de produtos de tabaco (Sullivan & Kendler, 1999, citado em Batra et al., 2003).

Do ponto de vista genético, estima-se que no início do tabagismo a hereditariedade tenha uma influência em cerca de 60% dos homens e 51% das mulheres (Heath et al., 1993, citado por Munafò et al., 2004) ou em cerca de 50% de forma geral (DSM-5-TR, 2022). Para Munafò e colaboradores (2004), a heterogeneidade presente nos diversos estudos sobre esta temática ainda não permitiu isolar genes específicos que contribuam para o comportamento de fumar, quer no que diz respeito aos mecanismos envolvidos na dependência da nicotina, como em relação aos processos de recompensa ou suscetibilidade à dependência. Diversos estudos observaram uma associação, embora modesta, dos genes *DRD2*, *5HTT* e *CYP2A6*, a diferentes aspetos relacionados com o comportamento tabágico, tais como o início, a persistência, a cessação e o consumo individual, sugerindo que diversos outros fatores desempenham um papel fundamental no comportamento dos fumadores (Munafò et al., 2004; Batra et al., 2003).

Assim, ainda que a contribuição genética seja relevante, o comportamento tabágico resulta também da interação com fatores ambientais, como as perceções individuais sobre o tabaco, o contexto familiar e de pares, a escolaridade reduzida e a exposição precoce à nicotina (Batra et al., 2003).

2.4.2. Temperamento e personalidade

Eysenck e colaboradores (1960) estudaram a personalidade enquanto preditor do comportamento tabágico. Características como maior extroversão, menor rigidez e maior neuroticismo estariam associadas à personalidade dos fumadores. Segundo Eysenck (1964), uma pessoa introvertida tende a perceber estímulos como mais intensos, enquanto a extrovertida os percebe como menos intensos. Deste modo, pode hipotetizar-se que experiências sensoriais mais estimulantes, como o consumo de tabaco, sejam mais procuradas por pessoas extrovertidas.

Estudos longitudinais reforçam esta associação. Cherry e Kiernan (1976), com base num estudo realizado com participantes do *National Survey of Health and Development*, observaram que adolescentes com maiores níveis de neuroticismo e extroversão, apresentavam maior probabilidade de fumar na idade adulta. Fumadores do sexo masculino que inalavam profundamente o fumo e consumiam mais cigarros diariamente também revelavam níveis mais elevados de extroversão. Por outro lado, adolescentes com níveis mais baixos nestes traços, demonstraram maior tendência para cessar o consumo de tabaco até à idade adulta jovem.

Numa perspetiva mais atual, Terracciano e Costa (2004) analisaram a associação entre o Modelo dos Cinco Fatores de personalidade (MCF) e o comportamento tabágico, numa amostra populacional norte-americana. Os resultados revelaram que os fumadores tendem a apresentar níveis mais elevados de neuroticismo e mais baixos de agradabilidade e conscienciosidade, quando comparados com os não fumadores. Os ex-fumadores situaram-se entre estes dois grupos, nos mesmos traços. Quanto às facetas do MCF, observou-se que os fumadores revelam maior impulsividade, maior busca por excitação, menor autodisciplina e menor deliberação. Verificou-se ainda que a combinação entre elevado neuroticismo e baixa conscienciosidade está particularmente associada ao comportamento tabágico.

Eysenck (1991) propôs uma tipologia de personalidade relacionada com os riscos para a saúde. A personalidade Tipo 1, caracterizada por uma dependência emocional forte, estaria associada a maior propensão para doenças cancerígenas. A Tipo 2 envolve apego emocional a objetos ou situações geradoras de infelicidade, com raiva e sofrimento perante a frustração, associada a um maior risco de doenças das artérias coronárias (DAC). A Tipo 3 alterna entre sentimentos de impotência e raiva, podendo oferecer alguma proteção contra o cancro e as DAC. Por fim, a Tipo 4, considerada autónoma e saudável, reflete equilíbrio e resiliência

emocional. Em suma, personalidade e stresse interagem com fatores de risco, como o tabagismo, que, quando associado às personalidades Tipo 1 ou 2, podem aumentar o risco de cancro ou DAC. Para Eysenck (1991), a intervenção na cessação tabágica deve considerar a interação entre predisposição genética, fatores psicossociais (personalidade e stresse) e físicos (tabagismo).

Complementando esta visão, Knott (1979) identificou que os fumadores recorrem ao tabaco para autorregular os seus níveis de ativação (*arousal*), procurando um estado interno mais funcional ou confortável conforme o contexto. Propôs dois perfis principais: (i) *low-arousal smokers* que fumam mais em situações monótonas ou entediantes e (ii) *high-arousal smokers* que aumentam o consumo em contextos de excitação ou stresse. O consumo beneficia estes perfis, apenas quando ajustado à sua situação de *arousal*, elevando a ativação nos primeiros e reduzindo-a nos segundos.

Este padrão sugere que o tabagismo serve para atingir um "nível ótimo de estimulação", conceito implícito no estudo de Knott (1979). A nicotina exerce, assim, uma ação bifásica, funcionando como estimulante em baixas doses e depressora em doses mais elevadas, mecanismo que pode estar na base da autorregulação do *arousal* em consonância com as diferenças individuais de personalidade (Knott, 1979).

Parrott (1994) reforça esta perspetiva, destacando que os efeitos do tabagismo sobre o stresse e a ativação variam significativamente entre indivíduos. Para alguns, fumar aumenta o estado de alerta, para outros, reduz a tensão. Estas variações refletem a tentativa dos fumadores de restaurar o equilíbrio interno, ajustando o nível de *arousal* conforme a situação. Apesar do estudo incluir homens e mulheres, as diferenças de género não foram exploradas em detalhe, deixando em aberto a possibilidade de que os diferentes géneros possam usar o tabaco para regulação emocional com objetivos distintos. Contudo, tanto Parrott (1994) como Knott (1979) consideram o tabagismo uma estratégia de autorregulação emocional e fisiológica, visando um estado funcional estável.

Estudos mais recentes apontam características individuais como a busca de sensações, a rebeldia, a impulsividade e o controlo do peso corporal como fatores na manutenção dos hábitos tabágicos (Baker et al., 2004). Baker e colegas (2004) destacam que as motivações para manter o hábito diferem das que levam ao seu início, envolvendo o controlo do humor negativo, a impulsividade, a dependência física e o prazer no uso da nicotina, a supressão da

abstinência e o reforço negativo pela redução do stresse (Ikard et al., 1969; Copeland et al., 1995 citados por Baker et al., 2004).

A busca de sensações é também um traço especialmente relevante para explicar o tabagismo. Zuckerman e Neeb (1980) definem-no como a procura por experiências novas, variadas, intensas e a disposição para correr riscos físicos ou sociais para atingi-las. Utilizando a *Sensation Seeking Scale* (SSS), observaram que os fumadores têm pontuações significativamente mais elevadas neste traço, quando comparados com os não fumadores. Esta relação é evidente principalmente na distinção entre fumadores e não fumadores e não na quantidade de cigarros fumada. Para muitos, o tabagismo oferece uma forma acessível de satisfazer a necessidade de estimulação e novidade (Zuckerman & Neeb, 1980).

No que respeita ao género, Zuckerman e Neeb (1980) identificaram diferenças significativas nas associações entre a busca de sensações e o tabagismo. As mulheres fumadoras ocasionais e regulares apresentaram pontuações mais altas em busca de sensações, do que as não fumadoras. Curiosamente, as mulheres que fumavam dois ou mais maços de tabaco por dia obtiveram pontuações mais baixas do que as fumadoras moderadas, sugerindo que outros motivos, como o efeito tranquilizante da nicotina, podem ser relevantes nesse grupo. Nos homens, as diferenças foram mais evidentes em hábitos tabágicos passados, afetando todas as subescalas da SSS, enquanto nas mulheres as maiores diferenças ocorreram nas dimensões "Experiência de Busca" e "Desinibição".

Zuckerman e colegas (1990) reforçaram a ligação entre a busca de sensações e tabagismo, sobretudo nas mulheres. Anteriormente, este traço estava mais associado a homens fumadores, mas estudos mais recentes mostram uma maior expressividade em mulheres. Isto pode refletir mudanças socioculturais que tornam a busca de sensações uma expressão comportamental feminina mais marcante. Além disso, indivíduos com elevada busca de sensações tendem a fumar mais em contextos sociais, como festas ou saídas com amigos, o que indica que existem fatores contextuais a amplificar a necessidade de estimulação e novidade, sendo a motivação social a mais fortemente relacionada com este traço (Zuckerman et al., 1990).

2.4.3. Regulação emocional e afetividade

Watson e Tellegen (1985) demonstram que a estrutura do humor pode ser compreendida através das duas dimensões do afeto (positivo e negativo), detalhando que o afeto positivo

reflete o nível em que uma pessoa sente entusiasmo pela vida, enquanto o afeto negativo reflete o nível em que uma pessoa se sente perturbada ou negativamente estimulada (dimensão geral de sofrimento subjetivo). Os termos "Afeto Positivo" e "Afeto Negativo" referem-se aos pólos altos de cada dimensão, onde há um estado de excitação emocional, enquanto os pólos baixos demonstram uma falta de envolvimento afetivo. Para maior detalhe acerca das dimensões do afeto (positiva e negativa), consultar Anexo 2.

Ao analisarmos o comportamento tabágico associado às experiências de afeto, devemos ter em conta que diferentes tipos de fumadores utilizam produtos de tabaco por razões distintas que, segundo Ikard e Tomkins (1973), estão associadas a emoções positivas e negativas. Baseados em Tomkins (1966), estes autores distinguem os seguintes tipos de fumadores: (i) os fumadores de afeto positivo que fumam para aumentar o afeto positivo de excitação e prazer, (ii) os fumadores de afeto negativo que fumam para reduzir o afeto negativo como a ansiedade ou o stresse, (iii) os fumadores mistos que fumam tanto para aumentar o afeto positivo como para reduzir o negativo, (iv) os fumadores pré-aditivos que fumam para gerir o afeto negativo e reduzir os sintomas de abstinência, (v) os fumadores aditivos que sentem os sintomas de abstinência assim que tomam consciência de que não estão a fumar e (vi) os fumadores habituais que fumam sem consciência ou orientação para um ganho afetivo.

Segundo este modelo, em comparação com os homens, as mulheres seriam mais propensas a fumar pelo afeto negativo (Ikard & Tomkins, 1973). No que diz respeito aos níveis de desejo de fumar, foi observado que os fumadores aditivos demonstram níveis mais elevados, seguidos dos pré-aditivos e que os fumadores por afetividade (positiva ou negativa) foram os que demonstraram menor prazer em fumar (Ikard & Tomkins, 1973).

Mais recentemente, Leventhal e colaboradores (2013), concluíram que indivíduos com um histórico de afeto negativo são mais propensos a experimentar momentos de forte desejo de fumar. Sugerem assim que o afeto negativo desempenha um papel mais forte na motivação para fumar, do que o afeto positivo, especialmente quando se considera o fator abstinência que em si mesmo potencia o afeto negativo. É também possível que a motivação para fumar que normalmente pode ser subconsciente, em fumadores saciados, se torne consciente quando interrompida pela abstinência. Outra possibilidade é que indivíduos com maior afeto negativo experienciem mais negativamente situações de stresse, funcionando a privação de tabaco como um stressor que intensifica o desejo de fumar, com vista a contrariar

o afeto negativo. Os autores concluíram ainda que o afeto negativo estaria mais associado à necessidade de fumar para aliviar o sofrimento, do que ao desejo de obter prazer (Leventhal et al., 2013).

Segundo Padovano e colaboradores (2019) o desejo de fumar (*craving*) é um dos fatores mais significativos para as recaídas, juntamente com os estados afetivos de alta estimulação (positiva ou negativa) e a severidade da dependência da nicotina.

As emoções, o humor e o stresse estão diretamente relacionados com comportamentos de risco, existindo um aumento do tabagismo na presença de estados afetivos negativos. Esta possibilidade pode ser explicada por um aumento da sensibilidade à recompensa (característico do afeto negativo), tornando os cigarros mais atrativos. Deste modo, fumar constitui uma estratégia para regular o humor, na presença de afetos negativos, tornando o consumo de tabaco um estímulo agradável (Ferrer et al., 2020).

2.4.4. Modelos cognitivistas

Os modelos cognitivistas propõem que o comportamento humano é moldado por processos internos, como pensamentos, crenças e emoções. No contexto do tabagismo, estes modelos sugerem que as crenças e expectativas dos indivíduos sobre o tabaco desempenham um papel crucial na iniciação e manutenção do hábito de fumar.

Shor e associados (1981) investigaram as crenças subjacentes ao consumo de tabaco, em fumadores e não fumadores. Os resultados indicaram que os fumadores tendem a acreditar que fumar ajuda a lidar com o stresse e proporciona prazer, enquanto os não fumadores percebem o tabagismo como uma prática prejudicial para a saúde. Estas diferenças nas crenças individuais podem influenciar a decisão de iniciar ou continuar a fumar.

Para além das crenças, os modelos cognitivistas valorizam a importância das atribuições cognitivas, isto é, das justificações conscientes e não conscientes em torno das quais os indivíduos constroem o comportamento de fumar. Nos jovens, razões como a curiosidade, afirmação da autonomia ou integração social, surgem frequentemente como facilitadores da iniciação (Choi et al., 2012).

Outro contributo relevante, prende-se com o carácter automatizado do comportamento tabágico. Com a repetição, o ato de fumar torna-se uma resposta automática, menos dependente de decisões conscientes. Este automatismo limita a eficácia de abordagens puramente racionais na mudança de comportamento (Papies et al., 2011). A este processo

junta-se o viés atencional, em que pistas ambientais associadas ao tabaco captam mais facilmente a atenção dos fumadores, desencadeando o desejo de fumar, sobretudo em contextos emocionalmente exigentes (Masiero et al., 2019).

A dissonância cognitiva constitui também um mecanismo relevante, surgindo quando o fumador reconhece os malefícios do tabaco, mas continua a fumar. Para reduzir essa tensão, são frequentemente ativadas racionalizações que minimizam os riscos ou realçam os benefícios percebidos do consumo (Fotuhi et al., 2012).

Adicionalmente, os modelos cognitivo-comportamentais enfatizam a interação entre pensamentos, emoções e comportamentos. Hall e colegas (1994) demonstraram que intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC) podem ser eficazes na cessação tabágica, especialmente entre fumadores com histórico de depressão. De acordo com os autores, estas intervenções ajudam os indivíduos a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais relacionados com o tabagismo, promovendo estratégias de enfrentamento mais saudáveis.

McCarthy e Piasecki (2006) utilizaram diários eletrónicos para examinar as experiências dos fumadores antes e depois das tentativas de cessação. Os dados revelaram que a antecipação da afetividade negativa e desejos intensos no dia da cessação, estavam associados a menores taxas de abstinência após três meses. Estas conclusões sugerem que os estados emocionais e as expectativas desempenham um papel significativo no sucesso da cessação tabágica.

Killen e colaboradores (2008) avaliaram a eficácia de uma TCC na promoção da abstinência a longo prazo. Os resultados indicaram que os participantes que receberam TCC prolongada, apresentaram taxas mais altas de abstinência após 20 semanas, embora as diferenças não tenham sido significativas após 52 semanas.

Covey e associados (1990) exploraram a relação entre sintomas depressivos e a cessação tabágica. Os resultados mostraram que fumadores com histórico de depressão apresentaram maiores dificuldades na cessação, sugerindo que intervenções que abordem, tanto os aspetos cognitivos, quanto os emocionais, são essenciais para o sucesso a longo prazo.

Estudos recentes apontam ainda que distorções cognitivas como o pensamento dicotómico (“tudo” ou “nada”) afetam a motivação para procurar tratamento, podendo reduzir a autoeficácia ou alimentar crenças de incapacidade (Arpacıoğlu et al., 2024). Outro conceito

relevante é o do desconto temporal que explica a tendência para valorizar o prazer imediato do cigarro, em detrimento de benefícios futuros da cessação, comprometendo a motivação para mudar (Bickel et al., 2014).

Estes estudos corroboram os princípios da terapia cognitiva de Beck (Fenn & Byrne, 2013), a qual postula que pensamentos automáticos negativos e crenças disfuncionais contribuem para comportamentos mal-adaptativos, como o tabagismo. Ao identificar e reestruturar essas cognições, os indivíduos podem desenvolver estratégias mais eficazes para lidar com o stresse e reduzir a dependência do tabaco.

2.4.5. Modelos sociocognitivos

De acordo com a Teoria do Comportamento Planeado (TCP), o comportamento humano é influenciado por três fatores principais: (i) as atitudes em relação ao comportamento, que refletem a avaliação positiva ou negativa do mesmo e se baseiam em crenças sobre as suas consequências, (ii) as normas subjetivas, que representam a pressão social percebida para realizar ou não o comportamento e (iii) o controlo comportamental percebido que diz respeito à percepção da facilidade ou dificuldade para realizar o comportamento, em função dos recursos e oportunidades disponíveis. As crenças subjacentes (comportamentais, normativas e de controlo) são determinantes das intenções e ações, sendo formadas a partir de informações salientes para o indivíduo num dado momento (Ajzen, 1991; Al Maskari, 2018; Bosnjak et al., 2020).

Segundo Armitage e Connor (2001), a TCP explica 27% da variância no comportamento e 39% na intenção de o realizar. O controlo comportamental percebido afeta tanto as intenções como o comportamento em si, enquanto as normas subjetivas surgem como preditores mais fracos. No domínio do tabagismo, Norman e colaboradores (1999) aplicaram a TCP à previsão da cessação tabágica, concluindo que as variáveis do modelo predizem fortemente as intenções de deixar de fumar, sendo o controlo comportamental percebido o preditor mais significativo. Apesar disso, a teoria mostrou limitações na previsão do sucesso da cessação a longo prazo.

No comportamento tabágico, crenças negativas sobre fumar favorecem atitudes desfavoráveis e diminuem a intenção de iniciar ou manter o consumo, enquanto crenças positivas podem gerar atitudes favoráveis (Topa & Moriano, 2010; Rise et al., 2008; Norman et al., 1999). Se familiares ou amigos fumam, o indivíduo poderá sentir pressão para adotar o

comportamento, mas normas antitabágicas fortes reduzem essa intenção. Quanto ao controle comportamental percebido, uma maior percepção de capacidade para resistir ao tabaco e lidar com o stresse sem recorrer ao cigarro associa-se a menor probabilidade de fumar. Bosnjak e associados (2020) ampliaram o modelo ao considerar processos de grupo, componentes afetivos e cognitivos das atitudes e a inclusão do hábito, reforçando o seu poder explicativo.

Complementarmente, o Modelo Transteórico de Mudança (MTM), desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1983), descreve o comportamento de cessação tabágica como um processo sequencial, que passa pelos estágios de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. A progressão não é linear, podendo incluir regressões e recaídas. A evolução entre fases está fortemente associada à percepção de autoeficácia, ao equilíbrio decisório e à redução da tentação de voltar a fumar (Prochaska & DiClemente, 1983; Ravi et al., 2021).

As URICA Measures (*University of Rhode Island Change Assessment*) permitem avaliar a disposição para a mudança, identificando diferenças comportamentais e motivacionais entre fumadores em distintos estágios de mudança (DiClemente et al., 1991). Esta abordagem possibilita intervenções ajustadas ao perfil motivacional do indivíduo, sendo fundamental para o sucesso das estratégias de cessação. Prochaska e colegas (1992) sublinham que os processos de mudança envolvem tanto o reconhecimento da necessidade de alterar o comportamento como a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais específicas em cada estágio.

O conceito de autoeficácia, central na teoria de Bandura, articula-se de forma transversal com os modelos sociocognitivos. No tabagismo, refere-se à crença do indivíduo na sua capacidade para resistir à tentação e implementar comportamentos necessários à cessação. Esta crença influencia a motivação, a persistência e a gestão das recaídas (Elshatarat et al., 2016). Uma meta-análise de Gwaltney e colaboradores (2009) confirmou a autoeficácia como preditor robusto da abstinência tabágica, especialmente quando medida durante ou após a tentativa de cessação. Os autores destacam ainda a sua relevância em contextos de alto risco, como situações de stresse, pressão social ou estados emocionais negativos, reforçando a importância de estratégias de intervenção ajustadas e monitorização contínua.

Para além destes modelos, outros enquadramentos teóricos, como o Modelo de Crenças em Saúde e o Modelo de Horn-Waingrow, também foram aplicados ao estudo do tabagismo, sendo descritos em maior detalhe no Anexo 3.

2.4.6. Facilitação social e contextos de consumo

O comportamento tabágico não se esgota na explicação individual, sendo amplamente influenciado por fatores sociais, culturais e contextuais. As dinâmicas relacionais, os ambientes em que o indivíduo se insere e os modelos de comportamento observados na rede social próxima, são determinantes na iniciação, manutenção e cessação do consumo de tabaco.

De acordo com o relatório *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults* (General, 2012), as políticas públicas, o ambiente escolar, a disponibilidade de produtos de tabaco e a publicidade têm um impacto crucial na iniciação do consumo, sobretudo entre os jovens. Por sua vez, ambientes físicos e sociais desfavoráveis, aliados a políticas de controlo ineficazes, contribuem para a manutenção do consumo (Calo & Krasny, 2013).

Diversos estudos têm procurado distinguir os padrões de consumo, entre fumadores diários e ocasionais. Oksuz e associados (2007) constataram que os fumadores diários consomem tabaco com maior frequência e em maior volume, tendendo a fumar em múltiplos contextos como festas, na universidade, com familiares, sozinhos, ao ar livre e em casa. São também mais propensos a ter familiares fumadores e a apresentar menor intenção ou número de tentativas para deixar de fumar. Em termos motivacionais, os fumadores diários fumam mais frequentemente devido à perceção de dependência, à influência dos amigos e como estratégia de *coping* face ao stress. Paradoxalmente, tendem a fumar menos com os amigos, do que os fumadores ocasionais.

O ambiente relacional íntimo também se revela significativo na explicação do consumo. Um estudo de Choi e colegas (2020), realizado com casais norte-americanos em que ambos os elementos eram fumadores, identificou uma elevada interdependência no uso de produtos de tabaco. Mais de metade dos participantes afirmou passar mais de 50% do tempo a fumar com o seu cônjuge, sendo comum que ambos apresentassem padrões de consumo semelhantes. Tendencialmente as tentativas de cessação foram feitas sozinhos, com recaídas associadas ao stress crónico ou crises pessoais. A maioria dos casais reportava fumar em casa (57%) e indicava a saúde como principal motivo para deixar de fumar (42%).

Curiosamente, quase metade dos inquiridos (49%) acreditava que teria maior sucesso na cessação tabágica com o apoio do parceiro.

No plano mais alargado das redes sociais, a investigação de Christakis e colaboradores (2008) demonstrou que os fumadores tendem a estar inseridos em redes compostas por outros fumadores, o que reforça o comportamento por via da norma social implícita. Gwon e associados (2017) referem que a principal razão para iniciar o consumo de tabaco é a influência dos pares, seguida por atitudes pessoais e stresse. Seo e Huang (2011) acrescentam que, com o tempo, a influência dos pares tende a superar a influência parental, sobretudo durante a adolescência e juventude.

O contexto académico também parece contribuir para o enraizamento do hábito tabágico. Rodakowska e colegas (2020) verificaram que os estudantes tendem a fumar na companhia de outros, especialmente durante os intervalos das aulas. O uso de cigarros surge frequentemente como estratégia para lidar com o stresse associado ao desempenho académico e aos exames, o que contribui para a consolidação do comportamento (Yuan et al., 2017). Há ainda indícios de que comportamentos associados à vida estudantil, como fazer frequentemente refeições fora, aumentam a probabilidade de se tornar fumador (Fujita & Maki, 2018). Além disso, cerca de dois terços dos jovens consumidores de tabaco têm pelo menos um familiar fumador, destacando a relevância do contexto familiar no desenvolvimento deste comportamento (Rodakowska et al., 2020).

Complementarmente, fatores de risco associados ao estilo de vida também estão implicados na propensão para fumar. Thornton e colaboradores (1994) identificaram uma associação entre o consumo de tabaco e baixas qualificações académicas, desemprego, nível socioeconómico reduzido, inatividade física, sintomatologia depressiva, má qualidade do sono, alimentação desequilibrada, excesso de peso e traços de personalidade como o neuroticismo e a extroversão.

Por fim, os fatores emocionais e relacionais ganham relevo nos estudos que abordam a motivação para fumar. Rosenblum e associados (2020), com base numa amostra clínica, concluíram que os principais motivos relatados para fumar, se relacionavam com a melhoria do humor, a redução de emoções negativas e a promoção de conexões sociais. Nesta linha, diversos estudos (Stewart et al., 2011; Dyal & Valente, 2015) sugerem a influência da solidão, tanto ao início, quanto à manutenção do comportamento tabágico, reforçando a pertinência de investigar longitudinalmente a relação entre estas variáveis.

Um estudo longitudinal, sobre o papel das relações sociais na cessação tabágica, concluiu que a paragem por parte de um cônjuge, reduz a probabilidade de fumar em 67%, que a cessação tabágica por parte de um irmão, reduz a probabilidade de fumar em 25%, que a cessação tabágica por parte de um amigo, reduz a probabilidade de fumar em 36% e que a cessação tabágica por parte de um colega de trabalho, em empresas de menor dimensão, reduz a probabilidade de fumar em 34%. Foi ainda possível apurar que nos grupos de amigos com maior nível académico, esta influência é maior e que o contributo de amigos e colegas de trabalho é menor quando falamos de fumadores intensivos (Christakis et al., 2008).

2.5. Stresse percecionado

A influência dos níveis de stresse no aumento do consumo de tabaco, diminuição do exercício físico, do sono e menor adesão a consultas médicas, podem explicar a forma como este contribui para aumentar o risco de desenvolvimento de doenças (Cohen et al., 2007).

De acordo com Buhelt e colaboradores (2021), os fumadores regulares apresentaram uma maior probabilidade de ter níveis de stresse elevados. Por seu turno, o maior consumo diário de tabaco associou-se a uma maior proporção de fumadores com níveis de stresse elevados. No entanto, para outros autores, a associação entre hábitos tabágicos e stresse percecionado é complexa, uma vez que os sintomas de abstinência, são, em grande medida, semelhantes aos efeitos do stresse (Bloom et al., 2021; Kalkhoran et al., 2021). Contrariando outras investigações, que associam um maior volume de consumo de tabaco, a maiores níveis de stresse percecionado (Fatani et al., 2022), Lawless e associados (2015) observaram que indivíduos com níveis mais baixos de stresse percecionado têm um maior consumo diário de produtos de tabaco, uma vez que uma menor privação de nicotina se relacionou com um menor stresse percecionado e que esta tendência era idêntica entre homens e mulheres.

Muitos fumadores recorrem aos cigarros quando estão em stresse e os eventos de vida stressantes têm sido negativamente associados à cessação tabágica (Kalkhoran et al., 2021). Yokoyama e colaboradores (2024), num estudo realizado com jovens adultos, entre os 20 e os 39 anos, concluíram que as preocupações financeiras e o stresse relacionado com os rendimentos, estão significativamente associados ao tabagismo em homens. Nas mulheres, verifica-se uma maior amplitude de fatores de stresse associados ao tabagismo, incluindo preocupações relacionadas com o trabalho, tensões nas relações familiares, stresse financeiro, conflitos interpessoais não familiares e stresse resultante da falta de tempo livre pessoal.

Adicionalmente, Stewart e colegas (2011) já haviam associado o tabagismo em mulheres, à pressão social, sentimentos de impotência ou falta de controlo. De acordo com McKee e colaboradores (2003), as mulheres são mais propensas que os homens, a uma recaída, após tentativa de cessação tabágica, a continuar a fumar na presença de um evento financeiro stressante e menos propensas a deixar de fumar, na sequência de uma situação de saúde adversa. Genericamente, as mulheres têm maiores expectativas de que fumar ajudará a reduzir o afeto negativo e, portanto, são mais propensas a relatar que fumam em resposta ao stresse.

Um dos motivos mais comuns associados ao início e manutenção de hábitos tabágicos, é o stresse ou o seu alívio através do consumo. No entanto, alguns dos efeitos da cessação tabágica são a redução do stresse e dos níveis de ansiedade e depressão (Bloom et al., 2021; Perski et al., 2022). Addicott e colaboradores (2023), ao analisar o impacto do tabagismo na resposta cognitiva e emocional ao stresse, observaram que os indivíduos fumadores, em comparação com os ex-fumadores, demonstram ter menor tolerância ou maior sensibilidade emocional ao stresse cognitivo-afetivo, afetando assim a regulação do afeto negativo e a resposta a estímulos stressantes.

Uma análise mais aprofundada sobre o impacto do stresse percecionado na saúde encontra-se disponível no Anexo 4.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos

Avaliar as diferenças de género nos hábitos tabágicos (i.e. não fumadores, fumadores, ex-fumadores), tendo em conta a afetividade (positiva e negativa) e o stresse percecionado, numa amostra comunitária adulta da população portuguesa.

Objetivos específicos

- Fazer a caracterização sociodemográfica dos participantes;
- Avaliar a existência de diferenças de género, quanto aos níveis de afetividade positiva e negativa, em função do hábito tabágico (i.e. não fumadores, fumadores, ex-fumadores);
- Avaliar se existem diferenças de género, na perceção de stresse, em função do hábito tabágico (i.e. não fumadores, fumadores, ex-fumadores);
- Analisar a relação entre a dependência física e psicológica da nicotina com os níveis de afetividade (positiva e negativa) e de stresse percecionado;

- Compreender a associação entre o hábito tabágico e a afetividade (positiva e negativa), considerando o papel mediador do stresse percecionado;
- Explorar o papel moderador do género na associação entre stresse percecionado e intensidade da dependência física da nicotina;
- Analisar a forma como as diferentes variáveis (afetividade, stresse percecionado e género) interagem na predição da intensidade e manutenção dos hábitos tabágicos.

3.2. Hipóteses

- H1. As mulheres apresentam maiores níveis de afetividade negativa, nos diferentes estatutos tabágicos;
- H2. As mulheres relatam níveis mais elevados de stresse percecionado, nos diferentes estatutos tabágicos;
- H3. A dependência física da nicotina está positivamente associada a níveis mais elevados de stresse percecionado;
- H4. A afetividade positiva encontra-se negativamente correlacionada com a intensidade da dependência física da nicotina, independentemente do género;
- H5. A dependência psicológica da nicotina está positivamente associada à afetividade negativa e negativamente associada à afetividade positiva;
- H6. O stresse percecionado medeia a relação entre a intensidade da dependência física da nicotina e a afetividade (positiva e negativa);
- H7. O género modera a relação entre o stresse percecionado e a intensidade da dependência física da nicotina.

4. MÉTODO

4.1. Plano

Fez-se um estudo quantitativo e correlacional, de tipo observacional, de corte transversal e com uma única observação. Definiu-se como variável independente o género e como variável dependente os hábitos tabágicos, hipotetizando-se como variáveis mediadoras ou moderadoras a afetividade e o stresse percecionado.

4.2. Participantes

A amostra utilizada neste estudo é de tipo não probabilístico, recolhida por conveniência na população geral portuguesa. Foram recolhidos 414 participantes, com uma distribuição proporcional entre homens e mulheres e idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos.

4.3. Critérios

4.3.1. Inclusão

Critérios gerais

- Idade entre os 18 e os 65 anos;
- Residir em Portugal há pelo menos 3 anos;
- Disponibilidade para participar voluntariamente no estudo e aceitar os termos do consentimento informado (ver Anexo 5).

Critérios específicos

- Grupo de não-fumadores: Ao longo da vida não ter fumado mais de cem cigarros (≤ 100 cigarros);
- Grupo de ex-fumadores: Ter deixado de fumar há pelo menos três meses (≥ 3 meses);
- Grupo de fumadores: Fumar diariamente há pelo menos três meses. Fumar mais do que cinco cigarros por dia (≥ 5 cigarros/ dia);
- Grupo de fumadores ocasionais: Fumar ocasionalmente (ex: fins de semana, festas), sem padrão diário. Não fumar mais do que cinco cigarros nessa ocasião. Ter períodos longos de abstinência (ex: um mês).

4.4. Instrumentos

4.4.1. Questionário de Dados Sociodemográficos (QDSD)

O objetivo deste questionário é recolher informações gerais de tipo sociodemográfico, como género, idade, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional atual, carga horária semanal, zona de residência e condição atual face à utilização de produtos de tabaco, perfazendo um total de 8 perguntas. Todas as respostas são fechadas e de escolha múltipla, com exceção da idade solicitada em número absoluto (ver Anexo 6).

4.4.2. Questionário para Caracterização dos Hábitos Tabágicos (QCHT)

Este questionário caracteriza os hábitos relacionados com o consumo de tabaco, incluindo frequência, quantidade e contexto de uso. Para o efeito, criaram-se duas versões do questionário (fumadores e ex-fumadores). No caso dos fumadores, o questionário é composto por 11 questões, 4 delas de resposta aberta em quantidade (ex: “Com que idade começou a fumar?”) e as restantes de resposta fechada, através de escolha múltipla. O questionário para ex-fumadores, é composto por 11 questões, 5 delas de resposta aberta em quantidade e as restantes de resposta fechada, através de escolha múltipla (ver Anexos 7 e 8).

4.4.3. Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina / *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND)

O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina - FTND (Heatherton et al., 1991) avalia a dependência física à nicotina e foi validado para a população portuguesa por Ferreira e colaboradores (2009). É um teste de auto-relato, cujo objetivo é avaliar o nível físico de dependência da nicotina, através dos seis itens. As perguntas são respondidas através de opções de escolha múltipla, codificadas entre 0 e 3, conforme as opções disponíveis em cada questão e que assinalam menor (0) ou maior (3) dependência. A pontuação total da escala é calculada através da soma das pontuações obtidas em cada resposta, permitindo classificar a dependência como baixa (pontuação total: 0 a 3), média (4 a 6) ou alta (7 a 10) (Ferreira et al., 2009). Apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0,66, valor considerado baixo face aos padrões tradicionais (Hill & Hill, 2009; Pestana & Gageiro, 2008), embora superior ao valor de 0,51 obtido pelos autores originais (Heatherton et al., 1991) e semelhantes aos encontrados na validação para as populações francesa (0,70) e holandesa (0,71) (ver Anexos 9 e 10).

4.4.4. Escala Horn-Waingrow / *Horn-Waingrow Scale* (HWS)

Para caracterizar os diferentes tipos de fumadores foi utilizada a Escala Horn-Waingrow - HWS (Ikard, Green & Horn, 1969). Não estando ainda validada para a população portuguesa, a versão utilizada foi preparada no âmbito de uma tese de doutoramento (Trigo, 2007). Esta escala tem por base o modelo de regulação afetiva de Tomkins (1966), preconizando que os hábitos tabágicos são uma resposta aprendida para lidar com os afetos positivos e negativos (Ikard, Green & Horn, 1969). É composta por 23 itens, agrupados em seis subescalas que caracterizam diferentes formas de fumar e que estão associadas a dimensões positivas e

negativas de afetividade. Relacionados com o tabagismo por afetividade negativa, estão o fumador habitual (itens 2, 8, 15 e 20), o fumador dependente (itens 5, 10, 13, 18 e 22) e o fumador para redução do afeto negativo (itens 3, 7, 11, 14, 17 e 19). O tipo de tabagismo por afetividade positiva, agrupa o fumador por relaxação (itens 16 e 21), o fumador por estimulação (itens 1, 9 e 23) e o fumador por manipulação sensório-motora (itens 4, 6 e 12) (Trigo, 2007). Os participantes são instruídos a responder sobre de que forma as afirmações caracterizam o seu comportamento habitual, através de uma escala de Likert de 5 pontos que varia entre “5 - Sempre” e “1 - Nunca”. Pretendeu-se assim caracterizar aspetos da dependência psicológica dos fumadores, de entre os seis tipos possíveis. A amplitude de pontuações totais pode variar entre 23 e 115 pontos. Não foi possível encontrar valores de consistência interna global para a versão original desta escala. No entanto, o valor de Alfa de Cronbach, obtido na versão preparada por Trigo e Silva, aplicado a uma amostra de 762 indivíduos, foi de 0,91, na escala completa, revelando uma excelente consistência interna (Trigo, 2007; Pestana e Gageiro, 2008) (ver Anexos 11 e 12).

4.4.5. Escala de Afeto Positivo e Negativo / *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS)

Com o objetivo de analisar a afetividade positiva e negativa, foi utilizada a Escala de Afeto Positivo e Negativo - PANAS (Watson et al., 1988), validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005). A escala é uma medida breve, de fácil administração que avalia o afeto positivo e negativo (Watson et al., 1988). É composta por duas subescalas com 10 itens cada que correspondem a uma lista de afetos positivos (Interessado; Excitado; Agradavelmente surpreendido; Caloroso; Entusiasmado; Orgulhoso; Encantado; Inspirado; Determinado; Ativo) e de afetos negativos (Perturbado; Atormentado; Culpado; Assustado; Repulsa; Irritado; Remorsos; Nervoso; Trémulo; Amedrontado).

É solicitado aos participantes que indiquem em que medida sentiram cada uma das emoções, durante os últimos dias e a resposta aos itens é feita através de uma escala de Likert de 5 pontos que varia entre “1- Nada ou Muito Ligeiramente” e “5 - Extremamente”. A pontuação menor é de 20 pontos e a máxima é de 100. Na interpretação da escala, valores mais elevados na subescala de afeto positivo refletem uma maior frequência e intensidade de emoções como entusiasmo, interesse ou determinação, sugerindo um estado afetivo marcado por energia, envolvimento e bem-estar. Por outro lado, valores mais elevados na subescala de

afeto negativo indicam uma maior presença de emoções como ansiedade, irritação ou culpa, traduzindo um estado afetivo caracterizado por sofrimento psicológico ou desconforto. De forma inversa, pontuações mais baixas em cada subescala correspondem a uma menor predominância dessas emoções, permitindo distinguir perfis emocionais mais positivos ou negativos na experiência subjetiva dos indivíduos (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Na presente investigação, foi atualizada a redação dos itens, tendo-se introduzido o artigo definido (“a”) após cada palavra, com a finalidade de tornar a escala mais inclusiva e facilitar a identificação dos participantes.

Na validação para a população portuguesa, foi obtido um Alfa de *Cronbach* de 0,86 para a subescala de afeto positivo e de 0,89 para a subescala de afeto negativo. Comparando com os valores obtidos na escala original, de 0,88 e 0,87, respetivamente, considera-se que os valores da população portuguesa são bons e idênticos aos da escala original (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) (ver Anexo 13).

4.4.6. Escala de Stresse percecionado / *Perceived Stress Scale* (PSS)

O stresse percecionado foi avaliado com recurso à Escala de Stresse Percecionado - PSS (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) de 10 itens, validada para a população portuguesa por Trigo e colaboradores (2010). A PSS foi desenvolvida para determinar o grau em que as situações na vida de um individuo são avaliadas como indutoras de stresse.

Os participantes devem indicar a frequência como se sentiram durante o último mês, recorrendo a uma escala de Likert de 5 pontos que varia entre “0 - Nunca” e “4 – Muito Frequente”. As pontuações variam entre 0 e 40 pontos, avaliando as situações do quotidiano como menos ou mais stressantes e sentindo maior ou menor capacidade para lidar com elas. Para o cálculo da pontuação final, importa considerar que 4 itens remetem para situações positivas, pelo que é necessário inverter a sua cotação (itens 4, 5, 7 e 8) (Trigo et al., 2010). A consistência interna na validação portuguesa desta escala revelou um valor de Alfa de *Cronbach* de 0,87, superior ao obtido por Cohen e colaboradores (1988) de 0,78 (Trigo et al., 2010) (ver Anexo 14).

O detalhe da constituição da bateria de instrumentos pode ser observado na Tabela I.

Tabela I

Constituição da Bateria de Instrumentos

Instrumento	Sigla	Nº de itens
Questionário de Dados Sociodemográficos	QDSD	8
Questionário para Caracterização dos Hábitos Tabágicos	QCHT	11
Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina <i>Fargeström Test for Nicotine Dependence</i>	FTND	6
Escala Horn-Waingrow <i>Horn-Waingrow Scale</i>	HWS	23
Escala de Afeto Positivo e Negativo <i>Positive and Negative Affect Schedule</i>	PANAS	20
Escala de Stresse percecionado <i>Perceived Stress Scale</i>	PSS	10
Total		78

4.5. Procedimento

Preparação do estudo

A seleção dos instrumentos baseou-se na pesquisa bibliográfica acerca dos hábitos tabágicos e outras variáveis que os pudessem influenciar, bem como na revisão da literatura.

Foi solicitada autorização para utilizar as versões portuguesas do Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND), da Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS) e da Escala de Stresse Percecionado (PSS-10) (ver Anexo 7). No caso da *Horn-Waingrow Scale* foi utilizada a versão preparada por Trigo (2003) (ver Anexo 7).

O pré-teste integrou 6 participantes portugueses, com idades entre os 22 e os 60 anos, 3 do género feminino e 3 do masculino. Destes, 3 eram fumadores, 2 ex-fumadores e 1 não fumador e todos preencheram o protocolo de instrumentos. Aferiu-se o tempo médio de preenchimento, em cerca de 10 minutos e a clareza dos itens. Não foram feitas alterações estruturais à redação dos itens de nenhum dos instrumentos. Para uma melhor adaptação à realidade da amostra de ex-fumadores, fizeram-se ajustamentos ao tempo verbal do FTND e da HWS.

Recrutamento e seleção dos participantes

Os participantes foram recrutados através de diversas redes sociais, com base em contactos prévios da investigadora e com recurso ao método “bola de neve”, no período entre 18 de janeiro de 2025 e 28 de fevereiro de 2025, tendo a recolha sido feita através de um questionário *online*. Foram considerados elegíveis os participantes que cumpriam com os critérios de inclusão, avaliados através do questionário sociodemográfico.

Armazenamento e proteção de dados

Os dados recolhidos durante o estudo foram armazenados de forma segura, garantindo a sua confidencialidade e anonimato. Para tal, usaram-se chaves de acesso, geridas exclusivamente pelo investigador e pelo orientador do estudo. Este método assegurou que apenas os responsáveis pelo projeto tivessem acesso aos dados, reforçando o compromisso com as normas éticas e legais de proteção da informação.

4.6. Ética

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos delineados no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016), que estabelece orientações fundamentais para a prática responsável e ética da Psicologia em Portugal. Foram respeitados os princípios de beneficência, assegurando o bem-estar dos participantes, e de autonomia, garantindo que todas as decisões de participação fossem tomadas de forma livre, informada e com respeito pelos direitos de todos os envolvidos. Nesse sentido, todos os participantes receberam informação clara sobre os objetivos, procedimentos e implicações do estudo, tendo dado o seu consentimento informado antes de participar. Adicionalmente, o estudo seguiu os padrões éticos internacionais estabelecidos na Declaração de Helsínquia (WMA, 2013), que define o respeito pela dignidade humana, a proteção dos participantes em estudos científicos e a prioridade dada ao seu bem-estar face aos objetivos da investigação (ver Anexo 16).

4.7. Procedimento estatístico

A análise de resultados baseou-se em procedimentos de estatística descritiva e inferencial. No âmbito da estatística descritiva, foram calculadas frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão, com o objetivo de caracterizar a amostra e as variáveis em estudo.

Relativamente à estatística inferencial, foram utilizados procedimentos distintos, consoante a natureza das variáveis e os objetivos das hipóteses testadas. A consistência interna dos instrumentos foi avaliada por meio do coeficiente Alfa de *Cronbach*. As correlações entre variáveis contínuas foram examinadas através do coeficiente de correlação de *Pearson*. A associação entre variáveis categóricas foi analisada com o teste do qui-quadrado de independência, sendo verificado o pressuposto de que não mais de 20% das células apresentassem frequências esperadas inferiores a 5. Quando este critério não foi cumprido, recorreu-se ao teste do qui-quadrado, com simulação de Monte Carlo. As diferenças observadas nas tabelas de contingência foram analisadas com base nos resíduos ajustados estandardizados.

A comparação de médias entre grupos independentes foi realizada com o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Adicionalmente, as análises de efeitos de mediação e moderação foram feitas com o auxílio da macro PROCESS (versão 4.2), desenvolvida por Hayes. A verificação dos pressupostos estatísticos incluiu a análise da normalidade, com o teste de *Shapiro–Wilk* e da homogeneidade de variâncias, com o teste de *Levene*.

O nível de significância adotado para rejeição da hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Todas as análises foram realizadas com o *software* IBM SPSS *Statistics* (versão 28.0 para *Windows*) e com a macro PROCESS para *Windows* (versão 4.2).

5. ANÁLISE DE RESULTADOS

5.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra do presente estudo foi constituída por 414 participantes, tendo sido equilibrada em termos dos géneros, com um número ligeiramente maior do género masculino (50,7%; $n = 210$). A idade média dos participantes foi de 35,37 anos ($DP = 9,79$), não se verificando diferenças significativas entre géneros ($t = 0,205$; $p = 0,838$; $d = 0,020$) (consultar Tabela II, Anexo 17).

Em termos de estado civil, a maioria dos participantes era solteira (48,1%; $n = 199$), seguindo-se os casados (28,0%; $n = 116$), não se tendo verificado uma associação significativa entre estado civil e género [$\chi^2 (4) = 7,125$, $p = 0,158$, $V = 0,126$].

No que respeita às habilitações académicas, a maioria dos participantes possuía licenciatura (40,1%; $n = 166$), seguida de mestrado (26,3%; $n = 109$). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas e género [$\chi^2 (7) =$

39,074, $p < 0,001$, $V = 0,307$], sendo maior a proporção de mulheres com graus académicos superiores (licenciatura ou mestrado) e de homens com escolaridade até ao ensino secundário ou técnico-profissional.

A maioria dos participantes encontrava-se empregado (71,3%; $n = 295$), sendo esta proporção mais elevada no género masculino (79,5%). No género feminino, foi mais frequente a situação de estudante ou trabalhador(a)-estudante. Verificou-se uma associação significativa entre a situação profissional e o género [$\chi^2 (4) = 20,202$, $p = 0,001$, $V = 0,206$], com uma maior proporção de homens empregados.

Relativamente à zona de residência, predominou a Grande Lisboa (45,7%; $n = 189$), seguindo-se a região Norte (27,8%; $n = 115$). Verificou-se uma associação significativa entre a zona de residência e o género [$\chi^2 (6) = 27,583$, $p < 0,001$, $V = 0,258$], com uma maior proporção de mulheres a residir na Grande Lisboa (56,4%) e uma maior proporção de homens no Alentejo e no Norte.

No que diz respeito à carga horária semanal, a categoria mais frequente foi entre 30 a 40 horas (45,9%; $n = 190$), seguida de mais de 40 horas (25,8%; $n = 107$). Verificou-se uma associação significativa entre a carga horária e o género [$\chi^2 (4) = 20,215$, $p < 0,001$, $V = 0,220$], sendo maior a incidência de jornadas superiores a 40 horas no género masculino e maior a proporção de horários entre 30 a 40 horas semanais, no género feminino (47,5%).

Por fim, quanto aos hábitos tabágicos, a maioria dos participantes referiu ser fumador ativo (33,6%; $n = 139$), seguida de não fumadores (33,1%; $n = 137$) e ex-fumadores (25,6%; $n = 106$). Não se verificou uma associação significativa entre os hábitos tabágicos e o género [$\chi^2 (3) = 2,076$, $p = 0,489$, $V = 0,077$].

As análises estatísticas indicaram, assim, que ambos os géneros eram equivalentes em termos de estado civil e hábitos tabágicos. Contudo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis habilitações académicas, situação profissional, carga horária semanal e zona de residência (consultar Tabela III, Anexo 18).

5.2. Qualidades psicométricas dos instrumentos

A consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo foi avaliada através do coeficiente Alfa de *Cronbach*. Os valores obtidos variaram entre 0,709, considerado razoável, no Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND) e 0,910, considerado excelente, na dimensão Afetos Positivos da Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS). A

interpretação dos coeficientes de consistência interna seguiu os critérios propostos por Hill e Hill (2009) (ver Tabela IV).

Tabela IV

Consistência interna das escalas (n=414)

	<i>Alpha Cronbach</i>	Nº de itens
Escala Horn-Waingrow (HWS)		
Habitual	0,797	4
Dependente	0,897	5
Afeto Negativo	0,909	6
Relaxação	0,732	2
Estimulação	0,734	3
Manipulação	0,728	3
Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS)		
Positivos	0,910	10
Negativos	0,897	10
Escala de Stresse Percecionado (PSS)		
	0,852	10
Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND)		
	0,709	6

As estatísticas descritivas correspondentes às variáveis em análise são apresentadas na Tabela V, incluindo os valores mínimos e máximos, as médias e os respetivos desvios padrão (*DP*). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Fumador Habitual [$p = 0,046$], com valores médios mais elevados nos homens, na dimensão Fumador Manipulação [$p = 0,032$], também com valores superiores nos homens, na Escala de Stresse Percecionado [$p = 0,009$], onde os valores médios foram mais elevados nas mulheres, e na Dependência da Nicotina [$p = 0,016$], com valores médios mais elevados nos homens (consultar Tabela V, Anexo 19).

5.3. Estudo de proporções e médias

5.3.1. Caracterização de hábitos tabágicos

Idade de início do consumo (todos os estatutos tabágicos)

Os fumadores ativos reportaram ter iniciado o consumo entre os 10 e os 25 anos ($M = 16,45$; $DP = 2,78$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros [$t = 3,121$; $p = 0,002$], com idade média de início inferior no género feminino ($M = 15,70$). Os fumadores ocasionais iniciaram o consumo entre os 13 e os 23 anos ($M = 16,84$; $DP = 2,52$), não se verificando diferenças significativas entre géneros [$t = 0,705$; $p = 0,486$]. Os ex-

fumadores reportaram ter iniciado o consumo entre os 11 e os 34 anos ($M = 17,03$; $DP = 3,04$), também sem diferenças significativas entre géneros [$t = -0,674$; $p = 0,502$] (consultar Tabela VI, Anexo 20).

Tipo de tabaco consumido (todos os estatutos tabágicos)

Os tipos de tabaco mais consumidos pelo conjunto de participantes foram os cigarros (77,6%; $n = 215$), seguidos do tabaco aquecido (32,1%; $n = 89$) (consultar Tabela VII, Anexo 21).

Nos fumadores ativos, os produtos mais consumidos foram os cigarros (62,6%; $n = 87$) e o tabaco aquecido (35,3%; $n = 49$). Entre os fumadores ocasionais, os produtos mais referidos foram os cigarros (68,8%; $n = 22$) e o tabaco de enrolar (40,6%; $n = 13$). Por sua vez, os ex-fumadores indicaram ter consumido sobretudo cigarros (100%; $n = 106$) e, em menor proporção, tabaco aquecido (30,2%; $n = 32$).

Principais motivações para o início do consumo (todos os estatutos tabágicos)

A curiosidade surgiu como a principal razão apontada para o início do consumo de tabaco (71,5%; $n = 198$), seguida da influência de amigos (48,7%; $n = 135$) (consultar Tabela VIII, Anexo 22). Este padrão manteve-se nos diferentes estatutos tabágicos: entre fumadores ativos, 66,9% referiram a curiosidade e 49,6% a influência de amigos; entre os ocasionais, 71,9% e 43,8%, respetivamente e entre os ex-fumadores, 59,0% e 37,4%.

Frequência de uso por tipo de produto (todos os estatutos tabágicos)

Nos fumadores ativos, o produto mais consumido foi o cigarro convencional, com 47,5% a reportarem consumo diário, seguido do tabaco aquecido (28,8%). Os restantes produtos, como cigarros eletrónicos, tabaco de enrolar ou charutos, apresentaram valores residuais, sendo a maioria das respostas na categoria “nunca”. Não se verificaram diferenças significativas entre géneros (consultar Tabela IX, Anexo 23).

Cerca de 25% dos fumadores ocasionais referiram fumar cigarros em dias alternados ou uma vez por semana, enquanto 9,4% relataram consumir tabaco aquecido ou tabaco de enrolar em dias alternados. Verificou-se uma associação significativa entre o consumo de tabaco aquecido e o género [$C=0,495$; $p = 0,035$], com maior proporção de homens a referir nunca consumir tabaco aquecido (78,9%), em comparação com as mulheres (61,5%) (consultar Tabela X, Anexo 24).

Nos ex-fumadores, o consumo diário de cigarros foi predominante (71,7%), seguido do tabaco aquecido (25,5%) e do tabaco de enrolar (11,3%). A utilização de cachimbo revelou diferenças de género, já que nenhuma mulher referiu este consumo, ao passo que 16,4% dos homens reportaram uso ocasional ($C=0,281$; $p = 0,003$). Os restantes produtos registaram valores residuais, com a maioria a indicar nunca os ter utilizado (consultar Tabela XI, Anexo 25).

Tentativas de cessação tabágica (Fumador ativo e fumador ocasional)

Cerca de 41% dos fumadores ativos e 34,4% dos fumadores ocasionais referiram ter tentado cessar o consumo de tabaco nos últimos dois anos. No entanto, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa [$\chi^2(1) = 0,478$; $p = 0,489$]. Também não se verificou uma associação significativa entre a tentativa de cessação e o género (consultar Tabela XII, Anexo 26).

Em média, os fumadores ativos referiram ter realizado cerca de duas tentativas de cessação tabágica nos últimos dois anos, valor semelhante ao reportado pelos fumadores ocasionais. Por sua vez, os ex-fumadores apresentaram uma média substancialmente superior, referindo, em média, cerca de 33 tentativas de cessação ao longo do seu percurso de consumo. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros em nenhum dos três grupos (consultar Tabela XIII, Anexo 27).

Duração do hábito tabágico

Os fumadores ativos referiram manter o consumo de tabaco de forma ininterrupta, em média, durante quase 14 anos. Os fumadores ocasionais indicaram uma duração média de cerca de 7 anos, enquanto os ex-fumadores mantiveram o consumo em média, durante quase 13 anos antes de cessarem. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros em nenhum dos três grupos (consultar Tabela XIV, Anexo 28).

Motivações para a manutenção do hábito tabágico (Fumador ativo e fumador ocasional)

As razões mais frequentemente referidas pelos fumadores ativos para a manutenção do consumo de tabaco foram o hábito (71,9%), o gosto (70,5%) e o prazer (69,7%). Entre os fumadores ocasionais, as razões mais apontadas foram o prazer e o gosto, ambos referidos por 71,8% dos participantes. Não se verificou uma associação significativa entre a frequência

destas motivações e o género, tanto nos fumadores ativos como nos fumadores ocasionais (consultar Tabela XV, Anexo 29).

Contextos de uso (Fumador ativo e fumador ocasional)

Os contextos mais frequentemente referidos pelos fumadores ativos para o consumo de tabaco, foram situações de nervosismo ou ansiedade (65,5%), durante o consumo de café (59,0%) e após as refeições (56,1%). Não se verificou uma associação significativa entre a frequência destes contextos e o género [$p = 0,242$]. (consultar Tabela XVI, Anexo 30)

Por sua vez, os fumadores ocasionais indicaram como contextos mais frequentes as saídas noturnas (81,3%), o consumo de bebidas alcoólicas (68,8%) e as situações de nervosismo ou ansiedade (43,8%). Também neste grupo não se verificou uma associação significativa com o género [$p = 0,457$] (consultar Tabela XVI, Anexo 30).

Tentativas de cessação atuais (Fumador ativo e fumador ocasional)

Cerca de 16,4% dos fumadores ativos e 25,0% dos fumadores ocasionais encontravam-se, no momento da recolha de dados, em processo de tentativa de cessação tabágica. Não se verificou uma associação significativa com o género em nenhum dos dois grupos (consultar Tabela XVII, Anexo 31).

Duração do hábito tabágico (Ex-fumador)

Os ex-fumadores referiram ter mantido o hábito tabágico durante, em média, aproximadamente 13 anos, tendo cessado o consumo de tabaco por volta dos 33 anos de idade. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros, quer na duração do período tabágico, quer na idade média de cessação (consultar Tabela XVIII, Anexo 32).

Uma elevada percentagem de ex-fumadores (86,8%) referiu ter cessado o consumo de tabaco há mais de seis meses. Não se verificou uma associação significativa com o género (consultar Tabela XIX, Anexo 33).

Motivações para a cessação (Ex-fumador)

Os motivos mais frequentemente referidos para a cessação do tabagismo foram a preservação da saúde (74,5%), a presença de doença (61,3%) e o receio das doenças associadas ao

consumo de tabaco (47,2%). Não se verificou associação significativa com o género (consultar Tabela XX, Anexo 34).

Estatutos tabágicos em função dos escalões etários

A análise do estatuto tabágico em função dos escalões etários revelou diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2(6) = 22,300, p < 0,001$].

Observou-se uma proporção significativamente superior de ex-fumadores no grupo etário superior a 45 anos (46,7%), em comparação com os grupos mais jovens. Entre os fumadores ativos, a proporção foi mais elevada nos participantes com idade até 30 anos (42,7%) e nos participantes entre 31 e 45 anos (22,8%). Os fumadores ocasionais apresentaram percentagens mais reduzidas em todos os grupos etários, sendo mais frequentes nos participantes com idade até 30 anos (12,0%). Os não fumadores representaram 27,1% no grupo até 30 anos, diminuindo nas faixas etárias seguintes (ver Tabela XXI).

Tabela XXI

Caracterização dos estatutos tabágicos em função dos escalões etários (n = 414)

		Escalão Etário						C	p
		Até 30 anos (n=136)		31 a 45 anos (n=218)		Mais de 45 anos (n=60)			
		n	%	n	%	n	%		
Hábitos tabágicos	Fumador	50	42,7	71	22,8	18	30,0	0,226	0,001
	Ocasional	14	12,0	16	5,1	2	3,3		
	Ex-fumador	22	18,8	56	18,0	28	46,7		
	Não fumador	50	27,1	75	15,8	12	20,0		

Dado o resultado significativo do teste de qui-quadrado, procedeu-se a uma análise *post-hoc* com base nos resíduos ajustados padronizados (z), de forma a identificar entre que grupos etários e estatutos tabágicos se verificavam as diferenças. Observou-se uma proporção significativamente superior de ex-fumadores no grupo etário com mais de 45 anos, conforme indicado pelo valor de $z = 4,60 [p < 0,001]$. Já os fumadores ativos e ocasionais foram significativamente mais frequentes entre os participantes até aos 30 anos [$z = 3,06$ e $z = 2,20$]. No grupo entre os 31 e 45 anos, também se observou uma frequência significativamente superior de fumadores ativos [$z = 2,00$] (consultar Tabela XXII, Anexo 35).

Estatutos tabágicos em função da escolaridade

A distribuição dos hábitos tabágicos não apresentou diferenças estatisticamente significativas em função do nível de escolaridade [$\chi^2(3) = 3,254; p = 0,354$], verificando-se que as percentagens de ex-fumadores, fumadores ativos, fumadores ocasionais e não fumadores eram semelhantes entre os participantes, com escolaridade até ao 12.º ano e os que possuíam ensino superior (consultar Tabela XXIII, Anexo 36).

5.3.2. Caracterização Psicoemocional

Afetividade positiva e negativa

Dividindo os participantes por hábitos tabágicos, na escala de afetos positivos e negativos (PANAS) apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos afetos negativos dos fumadores ativos [$p = 0,041$], com valores médios superiores no género feminino e nos afetos negativos dos fumadores ocasionais [$p = 0,034$], também com valores médios mais elevados nas mulheres. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes comparações (ver Tabela XXIV).

Tabela XXIV

Diferenças na afetividade (PANAS) em função do género e estatuto tabágico ($n=414$)

PANAS	Masculino ($n=210$)		Feminino ($n=204$)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Fumador ($n=139$)							
Positivos	2,60	0,88	2,83	0,77	-1,628	0,106	-0,276
Negativos	2,20	0,82	2,51	0,94	-2,066	0,041	-0,351
Ocasional ($n=32$)							
Positivos	2,78	0,94	3,02	1,06	-0,665	0,511	-0,239
Negativos	1,59	0,60	2,08	0,64	-2,216	0,034	-0,798
Ex-fumador ($n=106$)							
Positivos	2,85	0,96	2,95	0,95	-0,590	0,557	-0,115
Negativos	1,98	0,92	1,80	0,67	1,193	0,236	0,229
Não fumador ($n=137$)							
Positivos	2,98	0,87	2,84	0,85	0,903	0,368	0,155
Negativos	1,83	0,74	1,90	0,60	-0,604	0,547	-0,104

Tendo em conta os participantes com escolaridade até ao 12.º ano, na escala de afetos positivos e negativos (PANAS), apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros, nos afetos negativos dos ex-fumadores [$p = 0,050$], com valores médios superiores no género masculino (ver Tabela XXV).

Tabela XXV*Diferenças na afetividade (PANAS), em função do género e habilitações (12º ano) (n=133)*

Ensino secundário	Masculino (n=94)		Feminino (n=39)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Fumador (n=45)							
Positivos	2,63	0,75	2,86	0,52	-0,979	0,333	-0,330
Negativos	2,21	0,96	2,71	0,95	-1,541	0,131	-0,519
Ocasional (n=11)							
Positivos	2,56	0,92					
Negativos	1,64	0,69					
Ex-fumador (n=40)							
Positivos	2,67	0,87	2,52	1,00	0,460	0,648	0,163
Negativos	1,95	0,98	1,53	0,35	2,022	0,050	0,495
Não fumador (n=37)							
Positivos	3,11	0,82	2,66	0,87	1,604	0,118	0,532
Negativos	1,74	0,80	1,93	0,47	-0,855	0,398	-0,284

Tendo em conta os participantes com escolaridade ao nível do ensino superior, na escala de afetos positivos e negativos (PANAS), apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros nos afetos negativos dos fumadores ocasionais [$p = 0,047$], com valores médios superiores no género feminino. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes comparações (ver Tabela XXVI).

Tabela XXVI*Diferenças na afetividade (PANAS), em função do género e habilitações (Ensino Superior) (n=281)*

Ensino superior	Masculino (n=116)		Feminino (n=165)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Fumador (n=94)							
Positivos	2,58	0,99	2,82	0,82	-1,323	0,189	-0,276
Negativos	2,20	0,70	2,47	0,94	-1,542	0,127	-0,322
Ocasional (n=21)							
Positivos	3,08	0,94	3,02	1,06	0,131	0,897	0,059
Negativos	1,53	0,47	2,08	0,63	-2,127	0,047	-0,956
Ex-fumador (n=66)							
Positivos	3,05	1,03	3,08	0,91	-0,119	0,905	-0,030
Negativos	2,02	0,87	1,87	0,720	0,737	0,464	0,186
Não fumador (n=100)							
Positivos	2,91	0,90	2,89	0,84	0,093	0,926	0,019
Negativos	1,88	0,71	1,89	0,64	-0,102	0,919	-0,021

Na análise da afetividade positiva e negativa (PANAS) por faixa etária, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos afetos negativos dos fumadores ocasionais [$Z = 3,998$; $p = 0,029$], com valores mais elevados nos participantes com idade até aos 30 anos (consultar Tabela XXVII, Anexo 37).

Stresse percecionado

Nos níveis de stresse percecionado, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros no grupo dos não fumadores [$p = 0,004$], com valores médios superiores no género feminino. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos restantes grupos (ver Tabela XXVIII).

Tabela XXVIII

Diferenças no stresse percecionado (PSS), em função do género e estatuto tabágico (n=414)

	Masculino (n=210)		Feminino (n=204)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Stresse percecionado							
Fumador (n=139)	2,07	0,72	2,30	0,73	-1,914	0,058	-0,325
Ocasional (n=32)	1,61	0,66	2,02	0,61	-1,815	0,080	-0,653
Ex-fumador (n=106)	1,78	0,64	1,67	0,68	0,854	0,395	0,166
Não fumador (n=137)	1,57	0,77	1,92	0,66	-2,903	0,004	-0,498

Tendo em conta os participantes com escolaridade até ao 12.º ano, na escala de stresse percecionado (PSS), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros em nenhum dos estatutos tabágicos (consultar Tabela XXIX, Anexo 38).

Considerando os participantes com escolaridade ao nível do ensino superior, na PSS, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros no grupo dos não fumadores [$t=-2,229$; $p = 0,028$], com valores médios superiores no género feminino (ver Tabela XXX).

Tabela XXX

Diferenças no stresse percecionado (PSS), em função do género, estatuto tabágico e habilitações (Ensino Superior) (n=281) (continua na página seguinte)

	Masculino (n=116)		Feminino (n=165)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ensino superior							
Fumador ativo (n=45)	2,16	0,65	2,31	0,74	-0,975	0,332	-0,203
Fumador ocasional (n=22)	1,55	0,61	2,02	0,61	-1,724	0,101	-0,775

	Masculino (n=116)		Feminino (n=165)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ensino superior							
Ex-fumador (n=66)	1,73	0,55	1,65	0,72	0,479	0,634	0,121
Não fumador (n=100)	1,63	0,73	1,94	0,67	-2,229	0,028	-0,452

Na análise do stresse percecionado (PSS) por faixa etária, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos fumadores ativos [$Z = 5,624$; $p = 0,005$], com valores mais elevados nos participantes com idade até aos 30 anos, nos fumadores ocasionais [$Z = 3,545$; $p = 0,042$], com valores mais elevados nos participantes com idade entre 31 e 45 anos e nos não fumadores [$Z = 3,678$; $p = 0,028$], também com valores mais elevados nos participantes com idade entre 31 e 45 anos (ver Tabela XXXI).

Tabela XXXI

Diferenças no stresse percecionado (PSS), por estatuto tabágico em função da idade (n=414)

	Até 30 anos (n=136)		31 a 45 anos (n=218)		Mais de 45 anos (n=60)		<i>Z</i>	<i>p</i>	ε^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Fumador	2,42	0,67	2,09	0,69	1,84	0,85	5,624	0,005	0,076
Ocasional	1,76	0,70	1,93	0,56	0,70	0,00	3,545	0,042	0,196
Ex-fumador	1,81	0,65	1,73	0,67	1,65	0,66	0,395	0,674	0,008
Não fumador	1,78	0,59	1,83	0,80	1,23	0,63	3,678	0,028	0,052

Dependência psicológica

Relativamente aos participantes com escolaridade até ao 12.º ano, no que concerne à dependência psicológica (HWS), apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros na dimensão Fumador por Estimulação [$t = 2,168$; $p = 0,037$], no grupo dos ex-fumadores, com valores médios superiores no género masculino (consultar Tabela XXXII, Anexo 39).

Tendo em conta os participantes com escolaridade ao nível do ensino superior, no âmbito da dependência psicológica, apenas se verificaram diferenças significativas entre géneros nas dimensões Fumador por Afeto Negativo [$t = 2,131$; $p = 0,036$], nos fumadores ativos, onde os valores foram superiores nas mulheres, na dimensão Fumador por Relaxação [$t = 2,380$; $p = 0,028$] nos fumadores ocasionais, sendo superior nas mulheres e na dimensão Fumador por Manipulação [$t = 2,324$; $p = 0,023$], nos ex-fumadores, sendo o valor superior nos homens (consultar Tabela XXXIII, Anexo 40).

Na análise da dependência psicológica (HWS) por faixa etária, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Fumador Habitual no grupo dos ex-fumadores [$Z = 3,318$; $p = 0,040$], com valores mais elevados nos participantes com idade entre 31 e 45 anos (consultar Tabela XXXIV, Anexo 41).

5.4. Estudo correlacional

Os coeficientes de correlação entre as variáveis em estudo, referentes ao grupo dos fumadores ativos, encontram-se apresentados na Tabela XXXV. As correlações mais fortes foram observadas, como seria expectável, entre as diferentes dimensões da Escala Horn-Waingrow (HWS), com especial destaque para as associações entre Fumador Dependente e Fumador Afeto Negativo ($r = 0,661$) e entre Fumador Estimulação e Fumador Afeto Negativo ($r = 0,577$).

No que respeita às correlações entre variáveis de escalas distintas, verificou-se a correlação mais elevada entre a Escala de Stresse Percecionado (PSS) e a dimensão Afetos Negativos da PANAS ($r = 0,715$).

Foi ainda observada uma correlação negativa entre a dimensão Afetos Positivos da PANAS e o stresse percecionado ($r = -0,280$), ainda que de magnitude moderada.

No que concerne à relação com a intensidade da dependência física da nicotina (FTND), destacam-se as correlações positivas com as dimensões Fumador Dependente ($r = 0,490$) e Fumador Habitual ($r = 0,369$) da HWS.

Tabela XXXV

Fumador ativo – Matriz de correlações Pearson (n = 139) (continua na página seguinte)

Fumador ativo (n=139)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 HW Habitual									
2 HW Dependente	0,525**								
3 HW Afeto Negativo	0,428**	0,661**							
4 HW Relaxação	0,006	0,245**	0,245**						
5 HW Estimulação	0,345**	0,566**	0,577**	0,284**					
6 HW Manipulação	0,434**	0,325**	0,255**	0,287**	0,325**				
7 PANAS Positivo	0,101	0,077	0,115	0,183*	0,006	0,025			

Fumador ativo (n=139)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8 PANAS Negativo	0,286**	0,227**	0,345**	-0,032	0,174*	0,100	-0,108		
9 PSS	0,080	0,118	0,324**	-0,155	0,189*	0,107	-0,280**	0,715**	
10 FTND	0,369**	0,490**	0,386**	-0,034	0,207*	0,036	0,100	0,143	-0,029

Os coeficientes de correlação entre as variáveis em estudo, referentes ao grupo dos fumadores ocasionais, encontram-se apresentados na Tabela XXXVI. As correlações mais elevadas foram observadas entre as diferentes dimensões da Escala Horn-Waingrow (HWS), com destaque para a forte associação entre Fumador Dependente e Fumador Estimulação ($r = 0,889$), bem como entre Fumador Habitual e Fumador Dependente ($r = 0,823$) e entre Fumador Estimulação e Fumador Habitual ($r = 0,809$). As correlações entre as restantes dimensões da HWS apresentam, de forma geral, magnitudes moderadas a fortes.

No que respeita às variáveis de escalas distintas, observou-se uma associação negativa entre Afetos Positivos da PANAS e o stresse percecionado ($r = -0,482$), bem como correlações positivas entre Afetos Negativos da PANAS e as dimensões Fumador Habitual ($r = 0,569$) e Fumador Dependente ($r = 0,554$). O stresse percecionado apresentou ainda uma correlação positiva com a dimensão Fumador Estimulação ($r = 0,467$).

Por fim, a dependência física da nicotina (FTND) correlacionou-se positivamente com as dimensões da HWS, nomeadamente com Fumador Dependente ($r = 0,572$) e Fumador Habitual ($r = 0,511$).

Tabela XXXVI

Fumador ocasional – Matriz de correlações de Pearson (n = 32) (continua na página seguinte)

Fumador ocasional (n=32)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 HW Habitual									
2 HW Dependente	0,823**								
3 HW Afeto Negativo	0,673**	0,781**							
4 HW Relaxação	0,188	0,305	0,375*						
5 HW Estimulação	0,809**	0,889**	0,792**	0,332					
6 HW Manipulação	0,351*	0,399*	0,275	0,442*	0,295				

Fumador ocasional (n=32)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7 PANAS Positivo	-0,042	-0,043	-0,077	0,324	-0,012	0,240			
8 PANAS Negativo	0,569**	0,554**	0,322	0,283	0,575**	0,240	0,104		
9 PSS	0,347	0,458**	0,318	0,059	0,467**	0,068	0,482**	0,456**	
10 FTND	0,511**	0,572**	0,458**	0,366*	0,499**	0,412*	0,009	0,235	0,247

Os coeficientes de correlação entre as variáveis em estudo, referentes ao grupo dos ex-fumadores, encontram-se apresentados na Tabela XXXVII.

Tal como nos outros grupos, observaram-se correlações fortes entre as diferentes dimensões da Escala Horn-Waingrow (*HWS*), destacando-se a associação mais elevada entre as dimensões Fumador Dependente e Fumador Afeto Negativo ($r = 0,824$). Verificaram-se ainda correlações elevadas entre as dimensões Fumador Estimulação e Fumador Afeto Negativo ($r = 0,713$) e Fumador Dependente e Fumador Estimulação ($r = 0,618$).

Relativamente às correlações com variáveis de outras escalas, destacou-se uma correlação positiva entre stresse percecionado (*PSS*) e afetos negativos da *PANAS* ($r = 0,593$), bem como uma correlação negativa entre afetos positivos e stresse percecionado ($r = -0,339$).

Por fim, a dependência física da nicotina (*FTND*) apresentou correlações moderadas a fortes com todas as dimensões da *HWS*, em especial com Fumador Dependente ($r = 0,709$) e Fumador Afeto Negativo ($r = 0,690$).

Tabela XXXVII

Ex-fumador - Matriz de correlações de Pearson (n = 106) (continua na página seguinte)

Ex-fumador (n=106)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 HW Habitual									
2 HW Dependente	0,536**								
3 HW Afeto Negativo	0,561**	0,824**							
4 HW Relaxação	0,281**	0,526**	0,496**						
5 HW Estimulação	0,641**	0,618**	0,713**	0,431**					
6 HW Manipulação	0,476**	0,311**	0,388**	0,106	0,492**				

Ex-fumador (n=106)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7 PANAS Positivo	-0,055	0,237*	0,185	0,158	-0,014	-0,123			
8 PANAS Negativo	0,328**	0,095	0,161	-0,067	0,202*	0,201*	-0,068		
9 PSS	0,271**	0,030	0,099	0,015	0,226*	0,343**	-0,339**	0,593**	
10 FTND	0,603**	0,709**	0,690**	0,236*	0,565**	0,399**	0,027	0,184	0,137

A Tabela XXXVIII apresenta as correlações de *Pearson* entre as pontuações médias da FTND e da PSS, considerando separadamente participantes do sexo masculino e feminino, bem como os três estatutos tabágicos (fumadores ativos, ocasionais e ex-fumadores). Esta matriz permite verificar em que grupos específicos se observa uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de stresse percecionado e a intensidade da dependência física da nicotina.

Verificou-se que a dependência física da nicotina (FTND) não apresentou correlações estatisticamente significativas com os níveis de stresse percecionado (PSS), independentemente do estatuto tabágico dos participantes, uma vez que os valores de significância (p) foram globalmente elevados ($p > 0,05$). Tal não permite confirmar a existência de uma relação significativa entre as duas variáveis.

No entanto, ao analisar os dados por género, emergiu uma correlação positiva estatisticamente significativa no grupo dos ex-fumadores do género masculino ($r = 0,360$; $p = 0,007$), indicando que, entre estes participantes, níveis mais elevados de dependência física da nicotina se associavam a níveis mais elevados de stresse percecionado. Esta associação não se verificou nas mulheres ex-fumadoras, nem nos fumadores ativos ou ocasionais de ambos os géneros (ver Tabela XXXVIII).

Tabela XXXVIII

Correlação de Pearson entre a dependência física da nicotina (FTND) e o stresse percecionado (PSS), por género e estatuto tabágico (n = 277)

	Masculino (n=147)		Feminino (n=130)		Total (n=277)	
FTND/PSS	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Fumador ativo (n=139)	-0,074	0,533	0,066	0,601	-0,029	0,735
Fumador ocasional (n=32)	0,306	0,203	0,123	0,690	0,247	0,173
Ex-fumador (n=106)	0,360	0,007	-0,221	0,119	0,137	0,161

5.5. Estudo inferencial

A análise de mediação revelou que o stresse percecionado exerce um efeito mediador significativo na relação entre a intensidade da dependência física da nicotina (FTND) e a afetividade, tanto positiva como negativa, em todos os grupos tabágicos analisados.

No que respeita à afetividade positiva (ver Tabela XXXIX), verificou-se um efeito mediador negativo do stresse percecionado, isto é, níveis mais elevados de stresse percecionado associaram-se a menores níveis de afetividade positiva nos fumadores ativos ($B = -0,3185, p < 0,01$), nos fumadores ocasionais ($B = -0,7621, p < 0,01$) e nos ex-fumadores ($B = -0,5047, p < 0,001$). O efeito direto da intensidade da dependência física da nicotina sobre a afetividade positiva não foi significativo.

No que respeita à afetividade negativa (ver Tabela XL), o stresse percecionado demonstrou um efeito mediador positivo, ou seja, níveis mais elevados de stresse associaram-se a níveis mais elevados de afetividade negativa em todos os grupos, fumadores ativos ($B = 0,8776, p < 0,001$), fumadores ocasionais ($B = 0,4142, p < 0,05$) e ex-fumadores ($B = 0,7133, p < 0,001$). No caso dos fumadores ativos, também se observou uma relação direta significativa entre a intensidade da dependência física da nicotina e a afetividade negativa ($B = 0,0650, p < 0,01$).

Tabela XXXIX

Modelo de mediação com variável dependente: Afeto positivo (n = 277)

	Fumador Ativo (n=139)		Fumador Ocasional (n=32)		Ex Fumador (n=106)	
	Coef. Int (B)	SE	Coef. Int (B)	SE	Coef. Int (B)	SE
FTND	0,0342	0,0306	0,1495	0,1812	0,0267	0,0335
PSS	-0,3185**	0,0943	-0,7621**	0,2449	-0,5047***	0,1348
R ²	0,0008		0,2503		0,121	

Tabela XL

Modelo de mediação com variável dependente: Afeto negativo (n = 277)

	Fumador Ativo (n=139)		Fumador Ocasional (n=32)		Ex Fumador (n=106)	
	Coef. Int (B)	SE	Coef. Int (B)	SE	Coef. Int (B)	SE
FTND	0,0650**	0,0231	0,0941	0,1223	0,0322	0,0243
PSS	0,8776***	0,0710	0,4142*	0,1652	0,7133***	0,0979
R ²	0,5385		0,2234		0,0339	

A análise de moderação revelou que o género modera significativamente a relação entre o stresse percecionado e a intensidade dos hábitos tabágicos, apenas no grupo dos ex-fumadores. Neste grupo, o termo de interação foi estatisticamente significativo ($B = -2,339$, $SE = 0,731$, $p < 0,001$), com o modelo a explicar 16,4% da variância ($R^2 = 0,164$). Os resultados sugerem que nas mulheres, níveis mais elevados de stresse estão associados a uma menor intensidade da dependência física da nicotina, enquanto nos homens essa relação é inversa, níveis mais elevados de stresse percecionado estão associados a uma maior intensidade da dependência física da nicotina, evidenciando um padrão diferencial consoante o género. Nos grupos de fumadores ativos e fumadores ocasionais, a interação entre género e stresse percecionado não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$), não se confirmando o efeito de moderação nestes casos (ver Tabela XLI).

Tabela XLI

Análise de moderação do género na relação entre o stresse percecionado (PSS) e a intensidade da dependência física da nicotina (FTND) (n=277)

	Fumador Ativo (n=139)		Fumador Ocasional (n=32)		Ex Fumador (n=106)	
	Coef. Int (B)	SE	Coef. Int (B)	SE	Coef. Int (B)	SE
Stress	-0,235	0,806	0,434	0,326	1,663**	0,523
Género	-1,508	1,226	0,466	1,065	2,720*	1,349
Interação	0,433	0,531	-0,260	0,539	-2,339**	0,731
R^2	0,021		0,069		0,164	

5.6. Análise das hipóteses

Hipótese 1: As mulheres apresentam maiores níveis de afetividade negativa nos diferentes estatutos tabágicos.

As análises previamente apresentadas (ver Tabela XXIV) permitiram confirmar parcialmente esta hipótese. Verificaram-se diferenças significativas apenas nos fumadores ativos e ocasionais, onde as mulheres apresentaram níveis superiores de afetividade negativa, mas tal padrão não se observou no grupo de ex-fumadores.

Hipótese 2: As mulheres relatam níveis mais elevados de stresse percecionado nos diferentes estatutos tabágicos.

Os resultados demonstraram que esta hipótese apenas se verificou no grupo dos não fumadores, onde as mulheres apresentaram níveis de stresse percecionado significativamente

superiores (ver Tabela XXVIII). Nos restantes grupos, não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Hipótese 3: A dependência física da nicotina está positivamente associada a níveis mais elevados de stresse percecionado.

Os resultados não permitiram confirmar esta hipótese para a generalidade da amostra. A associação entre a dependência física da nicotina e o stresse percecionado não se revelou consistente entre os diferentes grupos. Ainda assim, os dados sugerem que esta relação pode assumir maior relevância nos ex-fumadores do género masculino, onde se observou uma associação positiva entre ambas as variáveis (ver Tabela XXXVIII).

Hipótese 4: A afetividade positiva encontra-se negativamente correlacionada com a intensidade da dependência física da nicotina, independentemente do género.

Verificou-se que a dependência física da nicotina não estava significativamente correlacionada com os níveis de afeto positivo, independentemente do estatuto tabágico dos participantes, uma vez que os valores de significância (p) se revelaram elevados, não se confirmando esta hipótese. Esta ausência de correlação manteve-se mesmo após a análise separada por género (consultar Tabela XLII, Anexo 42).

Hipótese 5: A dependência psicológica da nicotina está positivamente associada à afetividade negativa e negativamente associada à afetividade positiva.

Os resultados permitiram confirmar parcialmente esta hipótese. Verificou-se uma associação positiva entre a dependência psicológica da nicotina e a afetividade negativa, particularmente entre os fumadores ativos e ocasionais. Contudo, a associação negativa com a afetividade positiva foi menos consistente, observando-se apenas em algumas dimensões da HWS e em determinados grupos, como os fumadores ativos e ex-fumadores (ver Tabelas XXXV, XXXVI e XXXVII).

Hipótese 6: O stresse percecionado medeia a relação entre a intensidade da dependência física da nicotina e a afetividade (positiva e negativa).

Verificou-se que o stresse percecionado desempenha um papel mediador significativo na relação entre a intensidade da dependência física da nicotina e ambas as dimensões da

afetividade, permitindo confirmar esta hipótese. Especificamente, níveis mais elevados de stresse associaram-se a uma diminuição da afetividade positiva e a um aumento da afetividade negativa, sugerindo que o impacto da dependência na vivência emocional é, em grande medida, explicado pela percepção de stresse (ver Tabelas XXXIX e XL).

Hipótese 7: O género modera a relação entre o stresse percebido e a intensidade da dependência física da nicotina.

Esta hipótese foi parcialmente confirmada. Os resultados mostraram que o género apenas moderou a relação entre o stresse percebido e a dependência física da nicotina no grupo dos ex-fumadores. Neste grupo, verificou-se um padrão diferencial, nas mulheres, níveis mais elevados de stresse associaram-se a uma menor intensidade da dependência física da nicotina, enquanto nos homens essa associação foi positiva. Nos restantes estatutos tabágicos, não se observaram efeitos de moderação significativos (ver Tabela XLI).

6. DISCUSSÃO

O stresse percebido e a afetividade negativa surgem de forma consistente na literatura como fatores de risco para o desenvolvimento e manutenção dos hábitos tabágicos, influenciando tanto a iniciação como a probabilidade de recaída após tentativas de cessação (Piper et al., 2010; Leventhal et al., 2013; Kim & Park, 2016). Diversos estudos demonstram que os fumadores recorrem frequentemente ao tabaco como estratégia de regulação emocional, procurando atenuar estados afetivos negativos como ansiedade, tristeza ou tensão (Ikard & Tomkins, 1973; Cosci et al., 2011).

Esta tendência é particularmente evidente no género feminino, onde a vulnerabilidade ao stresse e às emoções negativas se associam a um padrão de consumo mais condicionado por estas experiências e mais dependente, traduzindo-se numa maior dificuldade em manter a abstinência (McKee et al., 2003; Stewart et al., 2011). Nos homens, pelo contrário, o consumo tende a estar mais relacionado com a procura de reforço positivo e com a valorização de contextos sociais ou interpessoais, sugerindo que os mecanismos motivacionais para fumar não são homogéneos entre géneros (Watson & Tellegen, 1985; Bottorff et al., 2014).

No presente estudo, verificou-se que as mulheres reportaram níveis mais elevados de afetividade negativa, sobretudo entre fumadores ativos e ocasionais. Este resultado reforça a perspectiva de que a experiência de emoções negativas, frequentemente associadas a sintomas de ansiedade, tristeza e irritabilidade (Watson et al., 1988; Leventhal et al., 2013), tende a ser mais marcada nas mulheres que mantêm contacto regular ou esporádico com o tabaco. Estes dados são consistentes com investigações que sugerem que o género feminino apresenta maior vulnerabilidade ao recurso ao tabaco como estratégia de regulação emocional, utilizando-o para lidar com sentimentos de tensão ou mal-estar psicológico (Ikard & Tomkins, 1973; Cosci et al., 2011). O facto de não se terem observado diferenças significativas entre ex-fumadores e não fumadores, sugere que a afetividade negativa está mais associada ao ato de fumar em si do que a características de personalidade estáveis. Por outras palavras, a intensidade destas emoções negativas não parece corresponder a um traço disposicional permanente, mas a um estado psicológico que se relaciona com a prática do tabagismo. Assim, quando o comportamento de fumar é interrompido, como no caso dos ex-fumadores, os níveis de afetividade negativa tendem a aproximar-se dos valores encontrados em indivíduos que nunca fumaram, o que reforça a noção dos ganhos psicológicos associados

à abstinência. Globalmente, estes resultados sugerem que a relação entre a afetividade negativa e o tabagismo não é homogénea, dependendo do estatuto tabágico, o que ajuda a compreender a importância do contexto de consumo na manutenção deste comportamento.

Os resultados relativos à dependência psicológica da nicotina mostraram uma associação positiva com a afetividade negativa, confirmando que este tipo de dependência está fortemente ligado à gestão de emoções desagradáveis, como ansiedade, tristeza ou irritabilidade. Este padrão reforça a perspectiva de que muitos fumadores recorrem ao tabaco como estratégia de regulação emocional, sobretudo para lidar com estados afetivos negativos (Ikard & Tomkins, 1973; Cosci et al., 2011). Por outro lado, não se verificou a associação negativa esperada entre dependência psicológica e afetividade positiva. Tal ausência sugere que as emoções positivas não constituem um fator protetor direto contra a dependência psicológica, podendo antes estar mais relacionadas com motivações sociais e contextuais do consumo (Watson & Tellegen, 1985; Ferrer et al., 2020). Este resultado indica que a dependência psicológica da nicotina se estrutura principalmente em torno da regulação do mal-estar psicológico, enquanto as dimensões ligadas ao afeto positivo poderão ter maior relevância na fase de iniciação ou em contextos de reforço social.

Contrariamente ao esperado, as mulheres não fumadoras apresentaram níveis significativamente mais elevados de stresse percebido. Tais resultados podem indicar que a vulnerabilidade feminina ao stresse, amplamente documentada na literatura (Hewitt et al., 1992; Cohen & Janicki-Deverts, 2012), se manifesta de forma mais acentuada em contextos de ausência de consumo, onde não existe o recurso ao tabaco como estratégia de regulação. Nos restantes grupos não foram encontradas diferenças significativas, o que poderá sugerir que o tabagismo funciona como uma estratégia de regulação emocional e que as ex-fumadoras desenvolvem maior resiliência ao stresse (Kim et al., 2019; Barroso-Hurtado et al., 2023). Este padrão pode estar relacionado com o facto de, no presente estudo, as ex-fumadoras apresentarem, em média, uma idade superior, o que poderá traduzir-se numa maior maturidade emocional e numa utilização mais adaptativa de estratégias de *coping*. Assim, é plausível que este grupo recorra a formas alternativas de regulação do stresse, como o exercício físico, a meditação ou o suporte social, estratégias que têm sido apontadas como eficazes na gestão da abstinência e na prevenção de recaídas (Brewer et al., 2011; Ussher et al., 2012).

As análises realizadas mostraram que o stress percebido desempenha um papel importante na relação entre a dependência física da nicotina e a experiência emocional. Em concreto, verificou-se que níveis mais elevados de stress se associam a uma maior intensidade da dependência física, e que esta, por sua vez, está ligada a níveis mais elevados de afetividade negativa. Ou seja, quanto maior o stress percebido, maior a probabilidade de o indivíduo apresentar uma dependência mais acentuada, o que intensifica também a presença de emoções negativas, como ansiedade, tristeza ou irritabilidade. Este padrão reforça a ideia de que o tabaco é frequentemente utilizado como uma estratégia de regulação emocional para lidar com estados afetivos negativos (Leventhal et al., 2013). Por outro lado, no caso da afetividade positiva, não se observou este mesmo efeito, o que sugere que a sua relação com a dependência não é explicada pelo stress, mas pode depender de outros fatores, como o suporte social ou as estratégias de *coping* utilizadas para enfrentar dificuldades do quotidiano (Folkman et al., 1986). Assim, os resultados indicam de forma clara que o stress potencia a associação entre a dependência física da nicotina e a afetividade negativa, mas não explica a relação com experiências emocionais positivas.

Este estudo também permitiu evidenciar a associação positiva entre a dependência física da nicotina e os níveis de stress percebido. Isto significa que, quanto maior a intensidade da dependência, maior a tendência para os indivíduos se sentirem sob stress no dia a dia. Tais resultados confirmam a evidência já descrita na literatura, de que o ciclo de consumo e abstinência da nicotina, aumentam a vulnerabilidade ao stress e criam uma relação de reforço mútuo entre estas duas variáveis (Bloom et al., 2021; Kalkhoran et al., 2021). Na prática, o cigarro pode proporcionar uma sensação momentânea de alívio, mas este alívio não resulta de uma redução real do stress basal, correspondendo, antes, à reversão temporária dos sintomas de abstinência que surgem quando o organismo fica privado de nicotina. Assim, os fumadores acabam por entrar num ciclo, em que o tabaco alivia a tensão causada pela abstinência, mas esse mesmo processo reforça a dependência e contribui para a manutenção do consumo (Parrott, 1999).

No que respeita à afetividade positiva, não se encontraram correlações consistentes com a dependência física da nicotina. Esta ausência sugere que a afetividade positiva pode não desempenhar um papel central na manutenção da dependência, embora possa ter relevância em fases de iniciação ou em contextos sociais de consumo (Ikard & Horn, 1969; Watson & Tellegen, 1985). De facto, em determinadas situações, níveis mais elevados de

afeto positivo podem associar-se ao reforço social e à procura de estímulos prazerosos, aumentando a probabilidade de fumar em contextos de interação social (Ferrer et al., 2020). Assim, a inexistência de um padrão uniforme, poderá refletir a diversidade de motivações para fumar, dependentes, mais de circunstâncias sociais e relacionais do que de um traço estável de personalidade.

A análise das interações entre stresse e dependência, mostrou que o género desempenha um papel diferenciador apenas no grupo dos ex-fumadores. Verificou-se que níveis mais elevados de stresse estavam associados a uma menor intensidade da dependência nas mulheres, mas a uma maior intensidade nos homens. Em termos práticos, isto significa que o processo de cessação tabágica parece ser vivido de forma distinta, consoante o género. Para as mulheres, deixar de fumar pode traduzir-se em ganhos no bem-estar psicológico, com uma perceção acrescida de controlo sobre o stresse, o que contribui para enfraquecer a ligação entre stresse e dependência. Nos homens, pelo contrário, o stresse mantém-se como um fator de risco relevante, potenciando a probabilidade de retomar o consumo após a cessação. Este padrão ajuda a explicar porque é que os homens parecem mais vulneráveis ao impacto do stresse, no processo de manutenção da abstinência (al'Absi, 2006). Estas diferenças são consistentes com evidências que indicam que a cessação não agrava o humor e pode até contribuir para uma redução do stresse e de sintomas ansiosos ou depressivos, sobretudo no género feminino (Taylor et al., 2021).

Outros resultados deste estudo sugerem que os comportamentos tabágicos variam substancialmente com a idade, evidenciando uma maior prevalência de cessação tabágica nas faixas etárias mais elevadas, enquanto os mais jovens apresentam maior proporção de fumadores ativos. Esta observação encontra-se em consonância com as evidências epidemiológicas recentes que indicam uma redução significativa no tabagismo entre adultos mais velhos, muitos dos quais alcançando uma cessação sustentada (Hunt et al., 2023), assim como com dados globais que mostram que a iniciação ao tabagismo ocorre predominantemente entre os 14 e os 25 anos (Reitsma et al., 2021). Uma análise mais detalhada evidenciou que as diferenças se concentraram sobretudo entre os grupos mais jovens e os adultos de meia-idade, reforçando a vulnerabilidade das faixas etárias mais precoces à iniciação e manutenção do consumo. Por contraste, a cessação revelou-se mais prevalente nas idades mais avançadas. Estes resultados estão em linha com estudos que mostram que a iniciação ao tabagismo ocorre maioritariamente em idades jovens, enquanto a

probabilidade de cessação tende a aumentar com a idade, muitas vezes associada a preocupações de saúde ou à acumulação de efeitos negativos do consumo (Hiscock et al., 2012; Hosseinpoor et al., 2012; Reitsma et al., 2021; Hunt et al., 2023).

As evidências encontradas apresentam implicações relevantes. No plano teórico, este estudo reforça a pertinência de integrar a teoria dos afetos (Tomkins, 1966) e os modelos de stresse e *coping* (Folkman et al., 1986), na compreensão da dependência tabágica, valorizando o papel da regulação emocional. Para além da dependência física, os resultados mostram que a dependência psicológica, associada à gestão de afetos negativos, assume particular relevância, sobretudo no género feminino.

As diferenças sociodemográficas identificadas sugerem ainda que a prevenção e a intervenção, devem atender a fatores como a idade e a escolaridade, já que se observou uma maior prevalência de consumo nas faixas etárias mais jovens e em indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos. Estes dados estão em consonância com a literatura que aponta estes grupos como particularmente vulneráveis ao início e à manutenção do consumo (Hiscock et al., 2012; Hosseinpoor et al., 2012).

No plano clínico, destaca-se a necessidade de desenvolver intervenções de cessação diferenciadas por género. Programas dirigidos a mulheres deverão contemplar estratégias de regulação do afeto negativo e treino de competências de *coping* para situações de stresse, enquanto nos homens poderá ser mais relevante enfatizar a redução da associação entre a nicotina e a tensão fisiológica (Wetter et al., 1999; Perkins et al., 2002; McKee et al., 2010; Torchalla et al., 2012; Vogel et al., 2014; Minian et al., 2016; Perkins et al., 2017; O'Connell et al., 2022).

Acresce ainda a importância de reconhecer a diversidade dos perfis de fumador. Indivíduos que fumam sobretudo para lidar com a afetividade negativa, como os fumadores dependentes ou habituais, aproximam-se do perfil de *stress smokers*, recorrendo ao tabaco como estratégia de regulação emocional. Estes poderão beneficiar de abordagens terapêuticas centradas na regulação do afeto negativo e na gestão do stresse. Por outro lado, fumadores motivados pelo reforço positivo e pelos contextos sociais, como os fumadores por estimulação ou manipulação sensório-motora, apresentam semelhanças com o perfil de *social smokers*, para quem o ato de fumar está associado ao prazer e à integração em interações sociais. Nestes casos, intervenções de carácter comportamental e psicoeducativo poderão ser

mais eficazes, uma vez que visam modificar padrões de comportamento, crenças associadas ao consumo e contextos de risco (Rosa et al., 2014; Bommel  et al., 2015).

Importa também reforçar que a cessac o não agrava o stresse ou o humor, podendo até melhor -los (Taylor et al., 2021), o que deve ser claramente comunicado em contexto de interven o para combater crenças disfuncionais.

7. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo permitem integrar as dimensões analisadas, evidenciando que hábitos tabágicos, afetividade e stresse percebido estão interligados, ainda que estas relações se expressem de forma diferenciada consoante o género e o estatuto tabágico. Verificou-se que a dependência física e psicológica da nicotina se associa estreitamente ao stresse, confirmando o modelo segundo o qual fumar funciona como uma estratégia de regulação emocional, sobretudo para lidar com a afetividade negativa (Ikard & Tomkins, 1973; Leventhal et al., 2013). O papel diferenciador do género, particularmente visível nos ex-fumadores, oferece uma perspetiva inovadora. Enquanto nas mulheres a cessação tabágica parece associar-se a uma menor intensidade de stresse e dependência, nos homens a relação entre estas variáveis mantém-se forte. Estes dados reforçam a noção de que os processos de cessação não são universais, mas variam em função do género e das motivações subjacentes ao consumo.

Para além dos resultados centrais, outros aspetos merecem reflexão. As diferenças sociodemográficas observadas, em particular as relacionadas com idade e escolaridade, mostraram que o consumo regular tende a ser mais prevalente em indivíduos mais jovens e com níveis de escolaridade mais baixos, o que se encontra em consonância com a literatura que identifica estes grupos como mais vulneráveis ao consumo (Hiscock et al., 2012; Hosseinpoor et al., 2012).

A análise dos perfis de fumador reforça também esta diversidade, mostrando que os padrões de consumo associados à regulação do afeto negativo se correlacionam mais fortemente com o stresse percebido e a afetividade negativa, enquanto os perfis relacionados com o afeto positivo parecem estar mais ligados a dimensões contextuais e sociais do consumo. Estes resultados corroboram a perspetiva de Tomkins (1966), segundo a qual o tabagismo não é um comportamento homogéneo, mas antes uma resposta aprendida que cumpre diferentes funções emocionais consoante o perfil do indivíduo.

Em termos mais amplos, estes resultados sugerem que a iniciação e a manutenção do tabagismo podem ser explicadas por um modelo biopsicossocial, em que fatores emocionais, contextuais e de género interagem na determinação do comportamento. Esta perspetiva, amplamente defendida na literatura (Kassel et al., 2003; Shing et al., 2020), adquire particular relevância quando aplicada a populações diversificadas, nas quais motivações e barreiras variam em função das circunstâncias socioculturais e da identidade (Caballero et al., 2025).

Limitações do estudo e investigação futura

Apesar da relevância dos resultados obtidos, algumas limitações devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, a amostra foi obtida por conveniência, o que limita a representatividade da população portuguesa e impede a generalização dos resultados. Em segundo lugar, a natureza transversal do estudo não permite estabelecer relações causais entre as variáveis, sendo possível apenas identificar associações. Em terceiro lugar, os dados foram obtidos através de instrumentos de auto-relato, sujeitos a enviesamentos como a deseabilidade social ou a memória seletiva. Acresce ainda que uma das escalas utilizadas, nomeadamente a *Horn-Waingrow Scale*, não possui validação formal para a população portuguesa, o que pode afetar a fiabilidade dos resultados, apesar dos valores de consistência interna apresentados serem adequados.

A investigação futura deverá procurar superar estas limitações através de estudos longitudinais, capazes de clarificar relações causais e de acompanhar os processos de iniciação e cessação tabágica ao longo do tempo. Será igualmente pertinente incluir variáveis adicionais, como traços de personalidade, suporte social e estratégias de *coping*, de forma a ampliar a compreensão das diferenças individuais no consumo de tabaco. Outro caminho relevante será explorar intervenções diferenciadas por género, avaliando a eficácia de programas de cessação que integrem técnicas de regulação emocional, psicoeducação e treino em estratégias de *coping*. Para além destas dimensões individuais, importa considerar fatores contextuais e ambientais, como as políticas de controlo do tabaco, a acessibilidade dos produtos e as influências culturais ou familiares, de modo a compreender de forma mais abrangente os determinantes sociais do consumo. De igual modo, investigações futuras deverão aprofundar a análise dos processos de manutenção da abstinência e dos fatores preditores da recaída, atendendo às diferenças de género evidenciadas. Finalmente, estudos de metodologia mista, que combinem abordagens quantitativas e qualitativas, poderão oferecer contributos adicionais, permitindo captar as motivações subjetivas que sustentam tanto a continuidade do consumo como o abandono do mesmo. Será ainda essencial validar de forma sistemática instrumentos de medida em contexto português, assegurando uma maior robustez a investigações futuras.

BIBLIOGRAFIA

- Addicott, M. A., Oliveto, A. H., & Daughters, S. B. (2023). Smoking status affects cognitive, emotional and neural-connectivity response to distress-inducing auditory feedback. *Drug and Alcohol Dependence*, 246, 109855. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109855>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of Attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27–58. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.27>
- Al Maskari, A. (2018). Theory of Planned Behavior (TPB) Ajzen (1988). *Technology Adoption and Social Issues*, 15, 46–67. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-5201-7.ch004>
- al'Absi, M. (2006). Hypothalamic–Pituitary–Adrenocortical responses to psychological stress and risk for smoking relapse. *International Journal of Psychophysiology*, 59(3), 218–227. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2005.10.010>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5th ed.). Climepsi Editores.
- Anam, R., Shamsi, T., Al Amin, A., Ahmed, N., Tareque Hasan, M., & Sen Gupta, P. (2022). Knowledge, attitudes and practices relating to tobacco smoking in undergraduate students in a selected university of Bangladesh. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 9(4), 1637–1637. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20220832>
- Anderson, C. B., Pollak, K. I., & Wetter, D. W. (2002). Relations between self-generated positive and negative expected smoking outcomes and smoking behavior: An

- exploratory study among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(3), 196–204. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.16.3.196>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic Review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471–499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Arpacıoğlu, S., Erzincan, E., Ergelen, M., Arpacıoğlu, B., Paltun, S. C., Yalçın, M., & Bilici, R. (2024). Cognitive Distortions as Barriers to Seeking Smoking Cessation Treatment: A Comparative Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(13), 1–12. <https://doi.org/10.3390/jcm13133974>
- Baker, T. B., Brandon, T. H., & Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463–491. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142054>
- Balfour, D. (2004). The neurobiology of tobacco dependence: A preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(6), 899–912. <https://doi.org/10.1080/14622200412331324965>
- Barroso-Hurtado, M., Suárez-Castro, D., Martínez-Vispo, C., Becoña, E., & López-Durán, A. (2023). Perceived Stress and Smoking Cessation: The Role of Smoking Urges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1257. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021257>
- Batra, V., Patkar, A. A., Berrettini, W. H., Weinstein, S. P., & Leone, F. T. (2003). The Genetic Determinants of Smoking. *Chest*, 123(5), 1730–1739. <https://doi.org/10.1378/chest.123.5.1730>
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine Addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295–2303. <https://doi.org/10.1056/nejmra0809890>

- Benowitz, N. L., Lessov-Schlaggar, C. N., Swan, G. E., & Jacob, P. (2006). Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, *79*(5), 480–488. <https://doi.org/10.1016/j.clpt.2006.01.008>
- Bickel, W. K., Moody, L., & Quisenberry, A. J. (2014). Computerized Working-Memory Training as a Candidate Adjunctive Treatment for Addiction. *PubMed*, *36*(1), 123–126. <https://doi.org/PMC4432851>
- Bloom, E. L., Bogart, A., Dubowitz, T., Collins, R. L., Ghosh-Dastidar, B., Gary-Webb, T. L., & Troxel, W. (2021). Longitudinal Associations Between Changes in Cigarette Smoking and Alcohol Use, Eating Behavior, Perceived Stress, and Self-Rated Health in a Cohort of Low-Income Black Adults. *Annals of Behavioral Medicine*, *56*(1), 112–124. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab029>
- Bommel , J., Kleinjan, M., Schoenmakers, T. M., Burk, W. J., van den Eijnden, R., & van de Mheen, D. (2015). Identifying Subgroups among Hardcore Smokers: a Latent Profile Approach. *PLOS ONE*, *10*(7), e0133570. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133570>
- Bosnjak, M., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2020). The Theory of Planned behavior: Selected Recent Advances and Applications. *Europe’s Journal of Psychology*, *16*(3), 352–356. NCBI. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.3107>
- Bottorff, J. L., Haines-Saah, R., Kelly, M. T., Oliffe, J. L., Torchalla, I., Poole, N., Greaves, L., Robinson, C. A., Ensom, M. H., Okoli, C. T., & Phillips, J. C. (2014). Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, *13*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0114-2>
- Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Minnix-Cotton, C. A., Byrne, S. A., Kober, H., Weinstein, A. J., Carroll, K. M., &

- Rounsaville, B. J. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 72–80.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027>
- Caballero, R., Panizoni, E., Mejía, R., Zeltman, A., Cardozo, N. F., Ramos-Pibernus, A., Alpert, A. B., Cupertino, A. P., Cartujano-Barrera, F., & Aristegui, I. (2025). Understanding biopsychosocial factors influencing cigarette smoking among transgender and gender diverse individuals living in Argentina: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02563-7>
- Calo, W. A., & Krasny, S. (2013). Environmental Determinants of Smoking Behaviors: The Role of Policy and Environmental Interventions in Preventing Smoking Initiation and Supporting Cessation. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 7(6), 446–452.
<https://doi.org/10.1007/s12170-013-0344-7>
- Carbone, J. C., Kverndokk, S., & Røgeberg, O. J. (2005). Smoking, health, risk, and perception. *Journal of Health Economics*, 24(4), 631–653.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.11.001>
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 433–440.
[https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(97\)80009-8](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(97)80009-8)
- Cherry, N., & Kiernan, K. (1976). Personality scores and smoking behaviour. A longitudinal study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 30(2), 123–131.
<https://doi.org/10.1136/jech.30.2.123>

- Choi, K., Fabian, L., Mottey, N., Corbett, A., & Forster, J. (2012). Young Adults' Favorable Perceptions of Snus, Dissolvable Tobacco Products, and Electronic Cigarettes: Findings From a Focus Group Study. *American Journal of Public Health, 102*(11), 2088–2093. <https://doi.org/10.2105/ajph.2011.300525>
- Choi, S. H., Ling, J., Noonan, D., & Kim, W. (2020). Smoking behavior and social contexts associated with smoking among dual-smoker couples. *Public Health Nursing, 37*(2), 161–168. <https://doi.org/10.1111/phn.12686>
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *New England Journal of Medicine, 358*(21), 2249–2258. <https://doi.org/10.1056/nejmsa0706154>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological Stress and Disease. *JAMA, 298*(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2012). Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology, 42*(6), 1320–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health, 31*–67. <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/scalesmeasurements/pdfs/cohen,-s.--williamson,-g.-1988.pdf>

- Cook, B. L., Wayne, G. F., Kafali, E. N., Liu, Z., Shu, C., & Flores, M. (2014). Trends in Smoking Among Adults With Mental Illness and Association Between Mental Health Treatment and Smoking Cessation. *JAMA*, *311*(2), 172–182.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.284985>
- Cosci, F., Corlando, A., Fornai, E., Pistelli, F., Paoletti, P., & Carrozzi, L. (2009). Nicotine dependence, psychological distress, personality traits as possible predictors of smoking cessation. Results of a double-blind study with nicotine patch. *Addictive Behaviors*, *34*(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.08.003>
- Cosci, F., Pistelli, F., Lazzarini, N., & Carrozzi, L. (2011). Nicotine dependence and psychological distress: outcomes and clinical implications in smoking cessation. *Psychology Research and Behavior Management*, *4*, 119–128.
<https://doi.org/10.2147/prbm.s14243>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, *38*(4), 668–678. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.38.4.668>
- Covey, L. S., Classman, A. H., & Stetner, F. (1990). Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Comprehensive Psychiatry*, *31*(4), 350–354.
<https://pdf.sciencedirectassets.com/272452>
- Davidson, R. J. (1992). Emotion and Affective Style: Hemispheric Substrates. *Psychological Science*, *3*(1), 39–43. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00254.x>
- Davidson, R. J. (1998). Affective Style and Affective Disorders: Perspectives from Affective Neuroscience. *Cognition & Emotion*, *12*(3), 307–330.
<https://doi.org/10.1080/026999398379628>

- Davidson, R. J., & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(1), 11–21. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(98\)01265-0](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(98)01265-0)
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.2.295>
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105–1117. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.47.5.1105>
- Diez, S. L., Cristello, J. V., Dillon, F. R., De La Rosa, M., & Trucco, E. M. (2019). Validation of the electronic cigarette attitudes survey (ECAS) for youth. *Addictive Behaviors*, 91(91), 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.022>
- Dijkstra, A., & Tromp, D. (2002). Is the FTND a measure of physical as well as psychological tobacco dependence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 367–374. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(02\)00300-8](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(02)00300-8)
- Dyal, S. R., & Valente, T. W. (2015). A Systematic Review of Loneliness and Smoking: Small Effects, Big Implications. *Substance Use & Misuse*, 50(13), 1697–1716. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1027933>
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169–200. <https://doi.org/10.1080/02699939208411068>

- Elshatarat, R. A., Yacoub, M. I., Khraim, F. M., Saleh, Z. T., & Afaneh, T. R. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(4), 243–248. <https://doi.org/10.1177/2010105816667137>
- European Commission. (2024). *Attitudes of Europeans towards tobacco and related products*. European Union. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2995>
- Eysenck, H. J. (1964). Personality and cigarette smoking. *Life Sciences*, 3(7), 777–792. [https://doi.org/10.1016/0024-3205\(64\)90033-5](https://doi.org/10.1016/0024-3205(64)90033-5)
- Eysenck, H. J. (1991). *Smoking, Personality, and Stress*. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4612-4440-0>
- Eysenck, H. J., Tarrant, M., Woolf, M., & England, L. (1960). Smoking and Personality. *BMJ*, 1(5184), 1456–1460. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5184.1456>
- Fatani, B. Z., Al-Yahyawi, H., Raggam, A., Al-Ahdal, M., Alzyoud, S., & Hassan, A. N. (2022). Perceived stress and willingness to quit smoking among patients with depressive and anxiety disorders seeking treatment. *Health Science Reports*, 5(2), 1–11. <https://doi.org/10.1002/hsr2.503>
- Federenko, I. S., Schlotz, W., Kirschbaum, C., Bartels, M., Hellhammer, D. H., & Wust, S. (2006). The heritability of perceived stress. *Psychological Medicine*, 36(3), 375–385. <https://doi.org/10.1017/s0033291705006616>
- Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*, 6(9), 579–585. <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
- Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 37–56. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/94893/1/04.pdf>

- Ferrer, R. A., Taber, J. M., Sheeran, P., Bryan, A. D., Cameron, L. D., Peters, E., Lerner, J. S., Grenen, E., & Klein, W. M. P. (2020a). The role of incidental affective states in appetitive risk behavior: A meta-analysis. *Health Psychology, 39*(12), 1109–1124. <https://doi.org/10.1037/hea0001019>
- Ferrer, R. A., Taber, J. M., Sheeran, P., Bryan, A. D., Cameron, L. D., Peters, E., Lerner, J. S., Grenen, E., & Klein, W. M. P. (2020b). The role of incidental affective states in appetitive risk behavior: A meta-analysis. *Health Psychology, 39*(12), 1109–1124. <https://doi.org/10.1037/hea0001019>
- Flor, L. S., Reitsma, M. B., Gupta, V., Ng, M., & Gakidou, E. (2021). The Effects of Tobacco Control Policies on Global Smoking Prevalence. *Nature Medicine, 27*(2), 239–243. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-01210-8>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(3), 571–579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Fotuhi, O., Fong, G. T., Zanna, M. P., Borland, R., Yong, H.-H., & Cummings, K. M. (2012). Patterns of cognitive dissonance-reducing beliefs among smokers: a longitudinal analysis from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control, 22*(1), 52–58. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050139>
- Fujita, Y., & Maki, K. (2018). Associations of smoking behavior with lifestyle and mental health among Japanese dental students. *BMC Medical Education, 18*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1365-1>
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica, 23*(2), 219–227. <https://doi.org/10.14417/ap.84>

- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*, 28(1), 53. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i1.622>
- General, S. (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General (2012). In <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/>. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health.
- General, S. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
- Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2014). Quality of Life and Smoking. *The American Journal on Addictions*, 23(6), 540–562. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12148.x>
- Gwaltney, C. J., Metrik, J., Kahler, C. W., & Shiffman, S. (2009). Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 56–66. <https://doi.org/10.1037/a0013529>
- Gwon, S. H., Yan, G., Huang, G., & Kulbok, P. A. (2017). The influence of tobacco retailers on adolescent smoking: prevention and policy implications. *International Nursing Review*, 65(2), 234–243. <https://doi.org/10.1111/inr.12404>
- Hall, S. M., Muñoz, R. F., & Reus, V. I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 141–146. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.1.141>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance

- Questionnaire. *Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mosher, S. W. (1992). The Perceived Stress Scale: Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14(3), 247–257. <https://doi.org/10.1007/bf00962631>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2ª edição). Edições Sílabo.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012a). Socioeconomic Status and smoking: a Review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012b). Socioeconomic Status and smoking: a Review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- Hoffman, F. L. (1931). Cancer and Smoking Habits. *Annals of Surgery*, 93(1), 50–67. <https://doi.org/10.1097/00000658-193101000-00009>
- Horn, D., & Waingrow, S. (1966). Some dimensions of a model for smoking behavior change. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 56(12_Suppl), 21–26. https://doi.org/10.2105/ajph.56.12_suppl.21
- Hosseinpoor, A. R., Parker, L. A., Tursan d’Espaignet, E., & Chatterji, S. (2012). Socioeconomic Inequality in Smoking in Low-Income and Middle-Income Countries: Results from the World Health Survey. *PLoS ONE*, 7(8), e42843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042843>
- Hunt, L. J., Covinsky, K. E., Cenzer, I., Espejo, E., Boscardin, W. J., Leutwyler, H., Lee, A. K., & Cataldo, J. (2022). The Epidemiology of Smoking in Older Adults: A National

Cohort Study. *Journal of General Internal Medicine*, 38(7).

<https://doi.org/10.1007/s11606-022-07980-w>

Ikard, F. F., Green, D. E., & Horn, D. (1969). A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *International Journal of the Addictions*, 4(4), 649–659. <https://doi.org/10.3109/10826086909062040>

Ikard, F. F., & Tomkins, S. (1973). The experience of affect as a determinant of smoking behavior: A series of validity studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 81(2), 172–181. <https://doi.org/10.1037/h0034555>

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2012). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Volume 100E - Personal Habits and Indoor Combustions*. World Health Organization: WHO.

<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Personal-Habits-And-Indoor-Combustions-2012>

Jadhav, K., & Singh, D. (2013). Assessment of psychological dependence among tobacco users: A survey held among the rural population of India to call for attention of tobacco cessation centers. *Dental Research Journal*, 10(4), 467–473.

<https://doi.org/10.4103/1735-3327.118494>

Jiloha, R. C. (2010). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(4), 301–307.

<https://doi.org/10.4103/0019-5545.74303>

Kalkhoran, S. M., Levy, D. E., & Rigotti, N. A. (2021a). Smoking and E-Cigarette Use Among U.S. Adults During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(3), 341–349. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.08.018>

- Kalkhoran, S. M., Levy, D. E., & Rigotti, N. A. (2021b). Smoking and e-Cigarette use among U.S. adults during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*, *62*(3), 341–349. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.08.018>
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 270–304. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270>
- Kaufman, A. R., Twesten, J. E., Suls, J., McCaul, K. D., Ostroff, J. S., Ferrer, R. A., Brewer, N. T., Cameron, L. D., Halpern-Felsher, B., Hay, J. L., Park, E. R., Peters, E., Strong, D. R., Waters, E. A., Weinstein, N. D., Windschitl, P. D., & Klein, W. M. P. (2019). Measuring Cigarette Smoking Risk Perceptions. *Nicotine & Tobacco Research*, *22*(11), 1937–1945. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz213>
- Killen, J. D., Fortmann, S. P., Schatzberg, A. F., Arredondo, C., Murphy, G., Hayward, C., Celio, M., Crompton, D., Fong, D., & Pandurangi, M. (2008). Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Society for the Study of Addiction*, *103*(8), 1381–1390. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02273.x>
- Kim, K., & Park, H. (2016). Gender differences in the association between self-reported stress and cigarette smoking in Korean adolescents. *Tobacco Induced Diseases*, *14*(1), 14–19. <https://doi.org/10.1186/s12971-016-0084-9>
- Kim, S.-J., Chae, W., Park, W.-H., Park, M.-H., Park, E.-C., & Jang, S.-I. (2019). The impact of smoking cessation attempts on stress levels. *BMC Public Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6592-9>
- Knott, V. J. (1979). Personality, Arousal and Individual Differences in Cigarette Smoking. *Psychological Reports*, *45*(2), 423–428. <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.45.2.423>

- Lawless, M. H., Harrison, K. A., Grandits, G. A., Eberly, L. E., & Allen, S. S. (2015). Perceived stress and smoking-related behaviors and symptomatology in male and female smokers. *Addictive Behaviors, 51*(51), 80–83.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.011>
- Lawn, S. J., Pols, R. G., & Barber, J. G. (2002). Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Social Science & Medicine, 54*(1), 93–104.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00008-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00008-9)
- Leite, A., Machado, A., Pinto, S., & Matias Dias, C. (2017). *Caraterísticas sociodemográficas dos fumadores diários em Portugal Continental: análise comparativa dos inquéritos nacionais de saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014)*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
<https://repositorio.insa.pt/entities/publication/5ba95a6c-c081-411a-b6ae-037e09eb6234>
- Leventhal, A. M., Ameringer, K. J., Osborn, E., Zvolensky, M. J., & Langdon, K. J. (2013). Anxiety and depressive symptoms and affective patterns of tobacco withdrawal. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(2), 324–329.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.06.015>
- Leventhal, A. M., Greenberg, J. B., Trujillo, M. A., Ameringer, K. J., Lisha, N. E., Pang, R. D., & Monterosso, J. (2013). Positive and Negative Affect as Predictors of Urge to Smoke: Temporal Factors and Mediation Pathways. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 27*(1), 262–267. <https://doi.org/10.1037/a0031579>
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Lerman, C., & Pickworth, W. B. (2007). Gender differences in acute tobacco withdrawal: Effects on subjective,

- cognitive, and physiological measures. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(1), 21–36. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.15.1.21>
- Londoño, T., Moore, J. R., Guerra, Z. C., Heydarian, N. M., & Castro, Y. (2021). The contribution of positive affect and loneliness on readiness and self-efficacy to quit smoking among Spanish-speaking Mexican American smokers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 48(1), 110–119. <https://doi.org/10.1080/00952990.2021.1998513>
- Masiero, M., Lucchiari, C., Maisonneuve, P., Pravettoni, G., Veronesi, G., & Mazzocco, K. (2019). The Attentional Bias in Current and Former Smokers. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13(154), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00154>
- Mazor, M., Paul, S. M., Chesney, M. A., Chen, L., Smoot, B., Topp, K., Conley, Y. P., Levine, J. D., & Miaskowski, C. (2019). Perceived stress is associated with a higher symptom burden in cancer survivors. *Cancer*, 125(24), 4509–4515. <https://doi.org/10.1002/cncr.32477>
- McCarthy, D. E., Piasecki, T. M., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2006). Life before and after quitting smoking: An electronic diary study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 454–466. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.3.454>
- McKee, S. A., Maciejewski, P. K., Falba, T., & Mazure, C. M. (2003). Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction*, 98(6), 847–855. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00408.x>
- McKee, S. A., Sinha, R., Weinberger, A. H., Sofuoglu, M., Harrison, E. L., Lavery, M., & Wanzer, J. (2010). Stress decreases the ability to resist smoking and potentiates smoking intensity and reward. *Journal of Psychopharmacology*, 25(4), 490–502. <https://doi.org/10.1177/0269881110376694>

- McLachlan, K. J. J., & Gale, C. R. (2018). The effects of psychological distress and its interaction with socioeconomic position on risk of developing four chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research, 109*, 79–85.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.004>
- Medvedev, O. N., Krägeloh, C. U., Hill, E. M., Billington, R., Siegert, R. J., Webster, C. S., Booth, R. J., & Henning, M. A. (2017). Rasch analysis of the Perceived Stress Scale: Transformation from an ordinal to a linear measure. *Journal of Health Psychology, 24*(8), 1070–1081. <https://doi.org/10.1177/1359105316689603>
- Mendrek, A., Dinh-Williams, L., Bourque, J., & Potvin, S. (2014). Sex Differences and Menstrual Cycle Phase-Dependent Modulation of Craving for Cigarette: An fMRI Pilot Study. *Psychiatry Journal, 2014*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/723632>
- Minian, N., Penner, J., Voci, S., & Selby, P. (2016). Woman focused smoking cessation programming: a qualitative study. *BMC Women's Health, 16*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-016-0298-2>
- Munafò, M., Clark, T., Johnstone, E., Murphy, M., & Walton, R. (2004). The genetic basis for smoking behavior: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research, 6*(4), 583–597. <https://doi.org/10.1080/14622200410001734030>
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology, 18*(1), 89–94. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.1.89>
- O'Connell, N., Burke, E., Dobbie, F., Dougall, N., Mockler, D., Darker, C., Vance, J., Bernstein, S., Gilbert, H., Bauld, L., & Hayes, C. B. (2022). The effectiveness of smoking cessation interventions for socio-economically disadvantaged women: a

systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1).

<https://doi.org/10.1186/s13643-022-01922-7>

Offor, O., Eakin, M. N., Woo, H., Belz, D., Williams, M., Raju, S., McCormack, M., Hansel, N. N., Putcha, N., & Fawzy, A. (2025). Perceived Stress is Associated with Health Outcomes, Platelet Activation, and Oxidative Stress in COPD. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*, 12(2), 98–108.

<https://doi.org/10.15326/jcopdf.2024.0561>

Oksuz, E., Mutlu, E. T., & Malhan, S. (2007). Characteristics of daily and occasional smoking among youths. *Public Health*, 121(5), 349–356.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.12.007>

Panaccio, A., & Vandenberghe, C. (2012). Five-factor model of personality and organizational commitment: The mediating role of positive and negative affective states. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 647–658.

<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.03.002>

Papies, E. K., Barsalou, L. W., & Custers, R. (2011). Mindful Attention Prevents Mindless Impulses. *Social Psychological and Personality Science*, 3(3), 291–299.

<https://doi.org/10.1177/1948550611419031>

Parker, M. A., & Villanti, A. C. (2020). Relationship between Comorbid Drug Use Disorders, Affective Disorders, and Current Smoking. *Substance Use & Misuse*, 56(1), 1–16.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1840591>

Parrott, A. C. (1994). Individual differences in stress and arousal during cigarette smoking. *Psychopharmacology*, 115(3), 389–396. <https://doi.org/10.1007/bf02245082>

Parrott, A. C. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, 54(10), 817–820. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.54.10.817>

- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(1), 2–21. <https://doi.org/10.2307/2136319>
- Perkins, K. A., Karelitz, J. L., & Kunkle, N. (2017). Sex Differences in Subjective Responses To Moderate Versus Very Low Nicotine Content Cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research, 20*(10), 1258–1264. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx205>
- Perkins, K., Donny, E., & Caggiula, A. (1999). Sex differences in nicotine effects and self-administration: Review of human and animal evidence. *Nicotine & Tobacco Research, 1*(4), 301–315. <https://doi.org/10.1080/14622299050011431>
- Perkins, K., Jacobs, L., Sanders, M., & Caggiula, A. (2002). Sex differences in the subjective and reinforcing effects of cigarette nicotine dose. *Psychopharmacology, 163*(2), 194–201. <https://doi.org/10.1007/s00213-002-1168-1>
- Perski, O., Theodoraki, M., Cox, S., Kock, L., Shahab, L., & Brown, J. (2022). Associations between smoking to relieve stress, motivation to stop and quit attempts across the social spectrum: A population survey in England. *PLOS ONE, 17*(5), e0268447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268447>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª edição). Edições Sílabo.
- Piasecki, T. M., Piper, M. E., & Baker, T. B. (2010). Tobacco Dependence: Insights from Investigations of Self-Reported Motives. *Current Directions in Psychological Science, 19*(6), 395–401. <https://doi.org/10.1177/0963721410389460>
- Piirtola, M., Kaprio, J., Baker, T. B., Piasecki, T. M., Piper, M. E., & Korhonen, T. (2021). The associations of smoking dependence motives with depression among daily smokers. *Addiction, 116*(8), 2162–2174. <https://doi.org/10.1111/add.15390>

- Piper, M. E., Bullen, C., Krishnan-Sarin, S., Rigotti, N. A., Steinberg, M. L., Streck, J. M., & Joseph, A. M. (2019). Defining and Measuring Abstinence in Clinical Trials of Smoking Cessation Interventions: An Updated Review. *Nicotine & Tobacco Research, 22*(7), 1098–1106. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz110>
- Piper, M., Cook, J., Schlam, T., Jorenby, D., Smith, S., Bolt, D., & Loh, W.-Y. (2010). Gender, race, and education differences in abstinence rates among participants in two randomized smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research, 12*(6), 647–657. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq067>
- Pomerleau, O. F. (1995). Individual differences in sensitivity to nicotine: Implications for genetic research on nicotine dependence. *Behavior Genetics, 25*(2), 161–177. <https://doi.org/10.1007/bf02196925>
- Pribadi, E. T., & Devy, S. R. (2020). Application of the Health Belief Model on the intention to stop smoking behavior among young adult women. *Journal of Public Health Research, 9*(2), 121–124. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1817>
- Prochaska, J. J. (2011). Smoking and Mental Illness — Breaking the Link. *New England Journal of Medicine, 365*(3), 196–198. <https://doi.org/10.1056/nejmp1105248>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.47.9.1102>

- Ravi, K., Indrapriyadarshini, K., & Madankumar, P. (2021). Application of Health Behavioral Models in Smoking Cessation – A Systematic Review. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 103. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1351_20
- Reitsma, M. B., Flor, L. S., Mullany, E. C., Gupta, V., Hay, S. I., & Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Public Health*, 6(7). [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00102-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00102-x)
- Rise, J., Kovac, V., Kraft, P., & Moan, I. S. (2008). Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 291–310. <https://doi.org/10.1348/135910707x187245>
- Rodakowska, E., Mazur, M., Baginska, J., Sierpinska, T., La Torre, G., Ottolenghi, L., D'Egidio, V., & Guerra, F. (2020). Smoking Prevalence, Attitudes and Behavior among Dental Students in Poland and Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7451. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207451>
- Rosa, J. D. R., Aloise-Young, P. A., & Henry, K. L. (2014). Using motives for smoking to distinguish between different college student smoker typologies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1297–1304. <https://doi.org/10.1037/a0038355>
- Rosenblum, M. S., Engle, J. L., Piper, M. E., Kaye, J. T., & Cook, J. W. (2020). Motives for Smoking in Those With PTSD, Depression, and No Psychiatric Disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, 16(3), 285–291. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1759846>
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>

- Seo, D.-C., & Huang, Y. (2011). Systematic Review of Social Network Analysis in Adolescent Cigarette Smoking Behavior. *Journal of School Health, 82*(1), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00663.x>
- Shiffman, S., & Paton, S. (1999). Individual differences in smoking: Gender and nicotine addiction. *Nicotine & Tobacco Research, 1*(1), 153–157. <https://doi.org/10.1080/14622299050011991>
- Shing, J. Z., Griffin, M. R., Nguyen, L. D., Slaughter, J. C., Mitchel, E. F., Pemmaraju, M., Rentuza, A. B., & Hull, P. C. (2020). Improving Cervical Precancer Surveillance: Validity of Claims-Based Prediction Models in ICD-9 and ICD-10 Eras. *JNCI Cancer Spectrum, 5*(1). <https://doi.org/10.1093/jncics/pkaa112>
- Shor, R. E., Williams, D. C., Canon, L. K., Michael Latta, R., & Shor, M. B. (1981). Beliefs of smokers and never smokers about the motives that underlie tobacco smoking. *Addictive Behaviors, 6*(4), 317–324. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(81\)90046-0](https://doi.org/10.1016/0306-4603(81)90046-0)
- Smith, P. H., Kasza, K. A., Hyland, A., Fong, G. T., Borland, R., Brady, K., Carpenter, M. J., Hartwell, K., Cummings, K. M., & McKee, S. A. (2015). Gender Differences in Medication Use and Cigarette Smoking Cessation: Results From the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research, 17*(4), 463–472. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu212>
- Stewart, M. J., Greaves, L., Kushner, K. E., Letourneau, N. L., Spitzer, D. L., & Boscoe, M. (2011). Where There Is Smoke, There is Stress: Low-Income Women Identify Support Needs and Preferences for Smoking Reduction. *Health Care for Women International, 32*(5), 359–383. <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.530724>
- Taylor, G. M., Lindson, N., Farley, A., Leinberger-Jabari, A., Sawyer, K., te Water Naudé, R., Theodoulou, A., King, N., Burke, C., & Aveyard, P. (2021a). Smoking cessation

- for improving mental health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), 1–236.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd013522.pub2>
- Taylor, G. M., Lindson, N., Farley, A., Leinberger-Jabari, A., Sawyer, K., te Water Naudé, R., Theodoulou, A., King, N., Burke, C., & Aveyard, P. (2021b). Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd013522.pub2>
- Terracciano, A., & Costa, P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Society for the Study of Addiction*, 99(4), 472–481. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00687.x>
- Thornton, A., Lee, P., & Fry, J. (1994). Differences between smokers, ex-smokers passive smokers and non-smokers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(10), 1143–1162.
[https://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)90101-5](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)90101-5)
- Tomkins, S. S. (1966). Psychological model for smoking behavior. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 56(12), 17–20.
https://doi.org/10.2105/ajph.56.12_suppl.17
- Topa, G., & Moriano, J. A. (2010). Theory of planned behavior and smoking: Meta-analysis and SEM model. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 1, 23–33.
<https://doi.org/10.2147/sar.s15168>
- Torchalla, I., Okoli, C. T. C., Bottorff, J. L., Qu, A., Poole, N., & Greaves, L. (2012). Smoking Cessation Programs Targeted to Women: A Systematic Review. *Women & Health*, 52(1), 32–54. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.637611>
- Trigo, M. (2007). *Cigarros, tabaco e nicotina: Factores biocomportamentais associados ao tabagismo* [Tesis Doctoral].

https://www.researchgate.net/publication/323552266_Cigarros_tabaco_e_nicotina_Aspectos_biocomportamentais_associados_ao_tabagismo

- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Psychometric proprieties of the Perceived Stress Scale (PSS) in portuguese population. *Psychologica*, 53(53), 353–378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Ussher, M., Taylor, A. H., & Faulkner, G. (2012). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002295.pub4>
- Vogel, R. I., Hertsgaard, L. A., Dermody, S. S., Luo, X., Moua, L., Allen, S., al’Absi, M., & Hatsukami, D. K. (2014). Sex differences in response to reduced nicotine content cigarettes. *Addictive Behaviors*, 39(7), 1197–1204. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.021>
- Warr, P. B., Barter, J., & Brownbridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(3), 644–651. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.3.644>
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465–490. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346–353. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.97.3.346>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality*

- and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Wetter, D. W., Fiore, M. C., Young, T., McClure, J. B., Carl, & Baker, T. B. (1999). Gender differences in response to nicotine replacement therapy: Objective and subjective indexes of tobacco withdrawal. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(2), 135–144. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.7.2.135>
- World Health Organization. (2021, November 16). *WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025, Fourth Edition*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>
- World Health Organization: WHO. (2019, July 26). *Tobacco*. World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yokoyama, A., Iwata, Y., Oe, N., & Tadaka, E. (2024). Gender Analysis of Stress and Smoking Behavior: A Survey of Young Adults in Japan. *Social Sciences*, 13(3), 1–10. <https://doi.org/10.3390/socsci13030128>
- Yuan, M., Guo, X., Li, X., Chen, X., Wang, C., & Li, Y. (2017). The moderating role of regulatory emotional self-efficacy on smoking craving: An ecological momentary assessment study. *PsyCh Journal*, 7(1), 5–12. <https://doi.org/10.1002/pchj.188>

Zuckerman, M., Ball, S., & Black, J. (1990). Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal, and situational motivation on smoking. *Addictive Behaviors, 15*(3), 209–220. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(90\)90064-5](https://doi.org/10.1016/0306-4603(90)90064-5)

Zuckerman, M., & Neeb, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation seeking in religion, smoking and driving habits. *Personality and Individual Differences, 1*(3), 197–206. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(80\)90051-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(80)90051-3)

ANEXOS

Anexo 1

Teoria dos afetos - Tomkins

A estrutura afetiva pode ser compreendida através de duas dimensões. A afetividade positiva (AP), associada a estados de energia, entusiasmo e envolvimento prazeroso e a afetividade negativa (AN), relacionada com experiências de desconforto emocional como ansiedade, raiva ou tristeza (Watson & Tellegen, 1985; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Em 1966, Tomkins preconiza que o elemento essencial para compreender o comportamento tabágico consiste na gestão dos afetos, considerados estruturas biológicas hereditárias e inatas. Este conjunto de 8 afetos primários divide-se entre afetos positivos e negativos e embora sejam inatos podem ser ativados por estímulos inatos (aqueles que ativam diretamente os afetos sem necessidade de experiência prévia, ou seja, estão presentes desde o nascimento e desencadeiam respostas emocionais automáticas) ou aprendidos (aqueles que passam a desencadear um afeto devido à experiência e à associação com outros estímulos inatos, com o tempo, um indivíduo pode aprender que determinadas situações ou objetos estão ligados a experiências emocionais específicas), sendo que na condição humana existe uma motivação também inata para maximizar os afetos positivos e minimizar os negativos.

Na base inata para o comportamento tabágico está o relaxamento provocado pela sucção, capaz de reduzir o sofrimento (afeto negativo) e provocar satisfação (afeto positivo) (Tomkins, 1966). No eixo do comportamento aprendido encontramos o ato de fumar como forma de reduzir as sensações angustiantes aprendidas ou para aliviar qualquer tipo de afeto negativo e evocar afetos positivos (Tomkins, 1966).

Anexo 2

Emoções, humor e dimensões do afeto

Paul Ekman (1992) declara que as emoções básicas (i.e. medo, raiva, tristeza, alegria, nojo e surpresa) são um fenômeno adaptativo fundamental para a sobrevivência. Segundo o autor, estas emoções são distintas de outros fenômenos afetivos. Podendo manifestar-se através de expressões faciais universais, reconhecíveis em todas as culturas, podendo ser encontradas noutros primatas. Cada emoção básica tem um padrão fisiológico específico, sendo desencadeadas por eventos ou situações consistentes em todas as culturas. Nas emoções básicas existe uma relação entre as respostas expressivas, fisiológicas e subjetivas. Elas tendem a surgir rapidamente, sendo geralmente de curta duração. O processo de avaliação através do qual acontece uma emoção básica é automático e inconsciente e não pode ser controlado voluntariamente.

O humor, por seu turno, tem uma duração maior no tempo, enquanto os traços emocionais manifestam um padrão estável do comportamento emocional e as atitudes correspondem a uma avaliação ou predisposição em relação a algo. Os distúrbios emocionais, caracterizam-se por alterações intensas e prolongadas no humor e nas emoções (Eckman, 1992). Eckman (1992) considera ainda que as emoções positivas, embora podendo não apresentar sinais faciais tão distintivos como as negativas, devem ser também consideradas como emoções básicas.

Níveis elevados de afeto positivo são marcados por termos como "ativo", "entusiasmado" e "alerta", enquanto níveis baixos de afeto positivo são marcados por termos como "cansado", "sonolento" e "triste". Por outro lado, um afeto negativo elevado é marcado por termos como "irritado", "ansioso" e "com medo", enquanto um afeto negativo baixo é marcado por termos como "calmo", "relaxado" e "à vontade". Em suma, os termos de prazer estão relacionados com um afeto positivo alto e um afeto negativo baixo e os termos de desprazer estão relacionados com um afeto negativo alto e um afeto positivo baixo. Os termos que denotam um forte envolvimento, têm cargas moderadamente positivas em ambos os fatores e os que representam desligamento têm cargas negativas.

A afetividade negativa (AN) é uma dimensão disposicional do humor (traço de personalidade) que reflete diferenças individuais na emocionalidade negativa e no autoconceito e que é estável ao longo do tempo. Pessoas com elevada AN tendem a sentir-se angustiadas e têm uma visão negativa de si mesmas, enquanto pessoas com baixa AN têm

maiores níveis de satisfação e são mais seguras. A afetividade negativa pode caracterizar-se por sensações de nervosismo, tensão e preocupação, similares à ansiedade enquanto traço, mas, sendo mais abrangente, inclui também estados emocionais como raiva, desprezo, culpa, insatisfação pessoal e tristeza. O humor negativo e uma baixa autoestima, presentes em indivíduos com alta NA, estão associados à sua tendência para ampliar os erros, enquanto as pessoas com baixa AN conseguem relativizar experiências menos agradáveis (Watson & Clark, 1984). Indivíduos com alta NA, descrevem-se como mais desconfiados, rebeldes, autodestrutivos e agressivos e tendem a valorizar mais as suas características socialmente indesejáveis, do que indivíduos com baixa NA. Adicionalmente, pessoas com alta AN reportam mais desconforto em todos os momentos e situações, estando por isso significativamente relacionada com o desconforto transitório (Watson & Clark, 1984).

Bradburn (citado por Costa & MacCrae, 1980) relatou que, quando os afetos positivos e negativos eram medidos de forma independente, os itens da escala que desenvolveu, formavam dois grupos distintos. Embora os termos positivo e negativo sugiram que são dois conceitos opostos, esta correlação negativa não se verificou, observando-se duas medidas independentes, praticamente não correlacionadas, apesar de ambos estarem associados a estimativas gerais de felicidade. Também Warr e colaboradores (1983) analisaram a independência estatística entre o afeto positivo e o afeto negativo e perceberam que as situações desejáveis e indesejáveis experienciadas e reportadas geralmente não estavam correlacionadas. Uma possível explicação para a independência dos afetos podia estar relacionada com a associação a eventos de vida distintos. Diener e Emmons (1984), ao explorar a independência entre a afetividade positiva e negativa assumiram que o bem-estar subjetivo é composto por estes dois tipos de afeto. Contrariando visões mais tradicionais que colocavam o bem-estar e o mal-estar como pólos distintos, sugeriram tratar-se de um contínuo. Concluíram que esta independência parece difusa quando falamos de períodos curtos (momentos emocionais), tornando-se mais forte à medida que o período aumenta (Diener & Emmons, 1984).

De acordo com Costa e MacCrae (1980), existem disposições individuais mais associadas ao afeto positivo ou negativo, com o interesse social, a sociabilidade e a atividade a relacionarem-se com o afeto positivo e os sintomas psicossomáticos, a ansiedade e as preocupações, com o afeto negativo. Adicionalmente, quando explorada a relação entre a afetividade e características de personalidade (extroversão e neuroticismo), foi encontrada

uma correlação entre a extroversão e o afeto positivo, enquanto o neuroticismo se correlacionou com o afeto negativo (Warr et al., 1983; Costa & MacCrae, 1980). Panaccio e Vandenberghe (2012), referem que traços de personalidade como a extroversão, a amabilidade e o neuroticismo estão significativamente associados aos afetos positivos e negativos. Assim, a extroversão encontra-se positivamente relacionada com o afeto positivo e indivíduos extrovertidos tendem a ser mais sociáveis, experimentando mais emoções positivas. Isto contribui para a sua capacidade de criar ambientes prazerosos, por serem mais propensos a procurar suporte socioemocional, a ter interações agradáveis com os outros e a investir em atividades que geram *feedback* positivo e recompensas. Já a amabilidade está associada tanto ao aumento do afeto positivo, quanto à redução do afeto negativo. Indivíduos amáveis tendem a ser mais empáticos e a ter uma motivação pró-social, o que os ajuda a construir relacionamentos mais fortes. O neuroticismo revela-se positivamente relacionado com o afeto negativo. Pessoas com elevado neuroticismo tendem a experimentar emoções negativas, como ansiedade, tristeza e raiva, a focar-se em situações que geram afeto negativo, a ter dificuldade em lidar com situações stressantes e são a encarar eventos neutros como problemáticos.

Hall (1977) (citado por Watson & Tellegen, 1985) destacou que o afeto (positivo e negativo) estava diferencialmente relacionado com avaliações clínicas de ansiedade e depressão. A depressão associa-se a baixos níveis de afeto positivo, enquanto a ansiedade está fortemente relacionada com o afeto negativo e não com o afeto positivo. Segundo o autor estes fatores emocionais podem ser clinicamente úteis para distinguir a ansiedade da depressão. Watson e colaboradores (1988), investigaram a relação entre a afetividade positiva e negativa, o diagnóstico e os sintomas de ansiedade e depressão, numa amostra clínica. Concluíram que a afetividade negativa é um fator geral de sofrimento subjetivo, abrangendo estados de humor negativos como o medo, a ansiedade, a hostilidade e a tristeza e a afetividade positiva é o reflexo do nível de envolvimento prazeroso com o ambiente e quando elevada caracteriza-se pelo entusiasmo, energia e alegria, enquanto quando é baixa se associa à letargia e fadiga (Watson et al., 1988).

A ansiedade encontra-se, assim, associada a uma elevada afetividade negativa, sem uma relação significativa com a afetividade positiva, enquanto a depressão se caracteriza por uma alta afetividade negativa e baixa afetividade positiva (perda de envolvimento prazeroso). Watson declara ainda que a afetividade positiva (relacionada com a atividade social) varia

significativamente ao longo do dia, enquanto a afetividade negativa está relacionada com o stresse percebido e não apresenta um padrão circadiano (Watson et al., 1988). Chang e colaboradores (1997), observaram que as características de otimismo e pessimismo também se correlacionam com a afetividade. Enquanto o otimismo se correlacionou positivamente com a afetividade positiva e negativamente com a afetividade negativa, o pessimismo apresentou o padrão oposto. O pessimismo por seu turno, demonstrou ser um preditor mais forte de sintomas depressivos do que a falta de otimismo.

Numa perspectiva biológica da experiência de emoções e afetos, Davidson (1992, 1998, 1999) conclui que a ativação da região frontal esquerda do cérebro está associada à vivência de emoções positivas e comportamentos de aproximação, enquanto a ativação da região frontal direita se encontra associada à experiência de emoções negativas e comportamentos de afastamento. Indivíduos com uma menor ativação frontal esquerda apresentam mais sintomas depressivos e indivíduos com uma maior ativação frontal esquerda reportam mais afeto positivo, enquanto os indivíduos com maior ativação frontal direita reportam mais afeto negativo.

Anexo 3

Modelo de crenças em saúde

O Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model*) ajuda a compreender os fatores que motivam ou impedem um indivíduo de adotar comportamentos relacionados com o tabaco, através do entendimento acerca da motivação geral para manter ou melhorar a sua saúde. O modelo é aplicado através de cinco crenças individuais percebidas como variáveis: (i) a crença prevalente acerca do risco de contrair uma doença relacionada com o tabaco, como cancro do pulmão ou doença cardíaca (susceptibilidade percebida), (ii) a crença acerca da seriedade e gravidade das consequências de uma doença relacionada com o tabaco (gravidade percebida), (iii) a crença sobre os benefícios de deixar de fumar, como melhoria da saúde, aumento da energia e poupança de dinheiro (benefícios percebidos), (iv) a crença acerca dos obstáculos e desafios de deixar de fumar, como sintomas de abstinência, medo de ganhar peso e dificuldades em lidar com o stresse (barreiras percebidas) e (v) as crenças prevalentes sobre a capacidade individual para cessar o comportamento tabágico (autoeficácia percebida) (Rosenstock, 1974; Pribadi & Devi, 2020).

Num estudo baseado no Modelo de Crenças em Saúde, em mulheres jovens fumadoras, conclui-se que a intenção de deixar de fumar está significativamente correlacionada com todas as crenças subjacentes a este modelo (Pribadi e Devy, 2020). Enquanto as variáveis de susceptibilidade, gravidade, benefícios e autoeficácia apresentam uma correlação positiva com a intenção de deixar de fumar, as barreiras percebidas apresentam uma correlação negativa. Quanto maiores forem as barreiras percebidas, menor será a intenção de parar de fumar, enquanto a ausência de crenças acerca dos impactos negativos do tabaco e a percepção de falta de autoeficácia, contribuem para um menor desejo de deixar de fumar.

Carbone e colaboradores (2005) analisaram a forma como os indivíduos se adaptam psicologicamente a perdas no estado de saúde e como essa adaptação influencia os hábitos de tabagismo e o investimento em saúde. Verificou-se que os fumadores que se adaptam mais facilmente às alterações na sua condição de saúde tendem a fumar mais na juventude, investindo em bem-estar e saúde numa fase mais tardia. Estes fumadores, por conseguirem acomodar psicologicamente os efeitos negativos do tabaco, sentem menor urgência em cessar o hábito nas fases iniciais da vida. Além disso, aqueles que acreditam que os riscos do

tabagismo são irreversíveis tendem a fumar menos do que os que consideram possível recuperar após anos de consumo.

Modelo de Horn-Waingrow

Horn e Waingrow (1966) propõem um modelo para a cessação tabágica, assente em quatro dimensões: (i) a motivação para a mudança que não depende apenas da perceção de risco para a saúde, mas também do exemplo de pessoas próximas, de fatores económicos relacionados com o custo do tabaco, de aspetos estéticos ligados à saúde e da perceção de autocontrolo na capacidade de deixar de fumar, (ii) a perceção de ameaça que envolve a consciência do tabagismo como perigo para a saúde, a aceitação da sua importância para justificar uma ação, a relevância da ameaça para o próprio indivíduo e a crença de que o risco pode ser mitigado, (iii) o desenvolvimento de mecanismos psicológicos alternativos, centrado na procura de substitutos para as necessidades anteriormente satisfeitas pelo consumo de tabaco e (iv) os fatores que facilitam ou inibem o reforço que dizem respeito à compreensão das influências sociais e interpessoais no comportamento tabágico e na sua cessação.

Anexo 4

Stresse, *coping* e saúde

O stresse é definido como uma relação dinâmica e bidirecional entre a pessoa e o ambiente, em que uma situação é avaliada pelo indivíduo como exigindo demasiado de si ou ultrapassando os seus recursos, ao ponto de colocar em risco o seu bem-estar (Folkman et al., 1986; Cohen et al., 2007). Eventos de vida potencialmente stressantes são considerados fatores que aumentam o risco de doença, quando se percebe que as exigências impostas excedem a capacidade adaptativa individual (Lazarus & Folkman, 1984, citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012). A exposição prolongada ao stresse crónico pode ainda influenciar o desenvolvimento de doenças físicas, ao provocar estados afetivos negativos, como ansiedade e depressão, que exercem efeitos diretos sobre processos fisiológicos ou padrões comportamentais associados ao risco de doença (Cohen et al., 2007).

Segundo Folkman e colaboradores (1986), a relação entre eventos stressantes e os indicadores do estado adaptativo, como a saúde somática e os sintomas psicológicos, é mediada por processos de *coping* moderadamente estáveis em diferentes situações e que, a longo prazo, influenciam os resultados adaptativos. Existem várias perspetivas para esta teoria: podemos estar perante características de personalidade que predisõem o indivíduo a lidar com o stresse de diferentes formas, influenciando o seu estado adaptativo; por outro lado, a forma como alguém lida com eventos stressantes pode ser representativa da abordagem geral que tem perante estas situações. Existe ainda a hipótese de que indivíduos expostos repetidamente a situações sobre as quais não têm controlo vivenciam sentimentos de desamparo, tornando-se progressivamente mais passivos nos seus esforços de *coping* e, eventualmente, desenvolvem estados de desmoralização e depressão (Folkman et al., 1986). Por último, as características de personalidade e as respostas de *coping* podem ter efeitos distintos e relativos entre si. Assim, dependendo da natureza das situações stressantes, as características de personalidade revelam-se mais vantajosas quando há pouco controlo sobre a situação, enquanto as respostas de *coping* são mais eficazes quando o esforço pessoal pode influenciar o desfecho (Pearlin & Schooler, 1978).

De acordo com Cohen e colaboradores (1983), o stresse percebido ocorre quando uma situação é avaliada como ameaçadora ou desafiante e os recursos percebidos para a enfrentar se revelam insuficientes, sendo este processo influenciado por fatores pessoais ou de personalidade, como o *hardiness* ou o locus de controlo, e por fatores contextuais, como o

desemprego, o luto, a exposição ao ruído intenso ou à elevada densidade populacional. A percepção de stresse encontra-se também associada à imprevisibilidade dos eventos, à percepção de falta de controlo e à sobrecarga experienciada, sendo importante distinguir o stresse percebido da mera ocorrência de eventos stressantes, uma vez que é a avaliação subjetiva do indivíduo face ao stressor que determina a sua reação ao stresse.

O stresse percebido e a sintomatologia depressiva, embora construtos independentes, estão frequentemente associados e podem influenciar-se mutuamente. Elevados níveis de stresse percebido podem constituir um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos e, inversamente, pessoas com sintomas depressivos podem perceber mais eventos de vida como stressantes. O stresse percebido pode ainda funcionar como mediador entre eventos de vida stressantes e resultados de saúde mental, incluindo a depressão, existindo diversos estudos que o associam a sintomatologia ansiosa e depressiva (Cohen et al., 1983; Cohen & Williamson, 1988; Paykel & Dowlatshahi, 1988 citados por Hewitt et al., 1992; Fatani et al., 2022).

A literatura suporta a tese de que o stresse psicológico influencia uma ampla gama de processos fisiológicos e estados de doença e que é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Hammen, 2005; Kessler, 1997; Mazure, 1998; Monroe & Simons, 1991 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012), doenças cardiovasculares (Krantz & McCeney, 2002; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012), doença pulmonar obstrutiva crónica (McLachlan & Gale, 2018; Offor et al., 2025), cancro (Cohen et al., 2007; Mazor et al., 2019), VIH/SIDA (Cole & Kemeny, 2001; Pereira & Penedo, 2005 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012), doenças autoimunes (Heijnen & Kavelaars, 2005 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012), infeções respiratórias superiores (Miller & Cohen, 2005 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012), atraso na cicatrização de feridas (Kiecolt-Glaser et al., 2005 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012) e mortalidade total (Neilsen, Kristensen, Schnohr, & Gronbaek, 2008 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012).

Além do maior risco de doença, o stresse psicológico tem sido associado ao acelerar da sua progressão, ao aumento na frequência de sintomas relatados, a uma maior utilização dos serviços de saúde e ao aumento da mortalidade (e.g., Cohen et al., 2007; McEwen, 2002; Pennebaker, 1982 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012). Verificou-se que as mulheres tendem a relatar mais stresse do que os homens, reportando uma maior ocorrência de eventos

de vida stressantes, avaliando-os como tendo um impacto mais negativo e apresentando níveis mais elevados de stresse percebido (Kessler, McLeod, & Wethington, 1985 citados por Cohen & Janicki-Devers, 2012; Hewitt et al., 1992; Federenko et al., 2006). Por seu turno, existe ainda um aumento do relato de eventos stressantes, uma diminuição dos mecanismos de *coping* e declínio do estatuto socioeconómico. Com o aumento do stresse psicológico, tende igualmente a diminuir o nível de escolaridade e rendimento (Adler et al., 1994 citado por Cohen & Janicki-Devers, 2012).

Anexo 5

Termo de Consentimento Informado

Nome do Estudo: Género, Tabaco, Afetividade e Stresse percecionado

Investigadora Responsável: Inês Duarte Costa

Instituição: ISPA – Instituto Universitário

Orientador: Professor Doutor Miguel Trigo

Contato: 12996@alunos.ispa.pt

Objetivo. Este estudo tem como objetivo analisar as diferenças de género na relação entre os hábitos tabágicos (incluindo fumadores, ex-fumadores e não fumadores), a afetividade (positiva e negativa) e o stresse percecionado.

Responsabilidade. O presente estudo é desenvolvido como parte integrante para a conclusão do ciclo de estudos no Mestrado em Psicologia Clínica, realizado no ISPA – Instituto Universitário. Todos os procedimentos são supervisionados pelo orientador do Seminário de Dissertação – Professor Doutor Miguel Trigo.

Regulamentação. A realização de estudos científicos na área da Psicologia é regulamentada por legislação e Códigos Éticos e Deontológicos. São também cumpridas as exigências do Regulamento Geral Sobre a Proteção de Dados e da Declaração de Helsínquia, sobre a investigação envolvendo seres humanos.

Participação e Desistência. A participação no estudo é totalmente voluntária. Poderá optar por não participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer consequência. Sendo o seu contributo anónimo, após entregar a sua resposta, não será possível identificar e anular o seu contributo inicial.

Confidencialidade. Garantimos que todas as informações recolhidas serão tratadas de forma anónima e confidencial. Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão apresentados de forma agregada, sem identificar nenhum participante individualmente.

Conteúdo e Duração. O estudo consiste no preenchimento de questionários de autorrelato, envolvendo aspetos relacionados com os seus hábitos tabágicos, afetividade e perceção de stresse. A duração estimada para completar todos os questionários é de aproximadamente 10 minutos.

Efeitos Adversos. Não se prevêem riscos associados à participação, exceto um possível desconforto ao responder a algumas questões pessoais. Se sentir necessidade de interromper, poderá fazê-lo em qualquer momento.

Contributo. O estudo tem fins científicos e clínicos, contribuindo para desenvolver competências de investigação e conhecimento na área temática do estudo. Estes conhecimentos são fundamentais para a progressão do conhecimento e melhoria das práticas em Psicologia e em saúde mental.

Consentimento. Ao prosseguir com este questionário, declara que leu e compreendeu as informações fornecidas, concorda em participar voluntariamente e está ciente dos seus direitos enquanto participante.

Inês Duarte: 12996@alunos.ispa.pt

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 6

Questionário de Dados Sociodemográficos

Preparado por Inês Duarte Costa, 2025

O objetivo deste questionário é recolher informações gerais sobre os participantes, como idade, género, nível de escolaridade, etc. As respostas serão tratadas de forma confidencial e utilizadas exclusivamente para fins de investigação. Agradecemos a sua colaboração!

1. Qual o seu género?
Feminino ____
Masculino ____
Outro ____
2. Qual a sua idade? (responda de forma numérica apenas)

3. Qual o seu estado civil atual?
Solteiro(a) ____
Casado(a) ____
Divorciado(a) ____
Viúvo(a) ____
União de Facto ____
4. Qual a sua escolaridade? (Refira o último nível concluído)
Ensino Primário ____
Ensino Básico ____
Ensino Secundário ____
Curso Técnico-Profissional ____
Licenciatura ____
Mestrado ____
Doutoramento ____
5. Qual a sua situação profissional nos últimos 3 meses?
Estudante ____
Trabalhador(a) Estudante ____
Empregado(a) ____
Desempregado(a) ____

- Reformado(a) ____
6. Qual a sua carga horária semanal? (se empregado(a) ou trabalhador(a) estudante)
- Menos de 20h semanais ____
- Entre 20 a 30 horas semanais ____
- Entre 30 a 40 horas semanais ____
- Mais de 40 horas semanais ____
- Não aplicável ____
7. Qual a sua zona de residência?
- Norte ____
- Centro ____
- Grande Lisboa ____
- Alentejo ____
- Algarve ____
- Região Autónoma da Madeira ____
- Região Autónoma dos Açores ____
8. Qual a sua condição relativamente ao uso de produtos de tabaco?
- Fumador ativo (fuma diariamente) ____
- Fumador ocasional (fuma pelo menos uma vez por semana, mas não diariamente) ____
- Ex-fumador (não fuma há pelo menos 3 meses) ____
- Não fumador (nunca fumou) ____

Anexo 7

Questionário para Avaliação de Hábitos Tabágicos (Fumadores)

Preparado por Inês Duarte Costa, 2025

Este questionário tem como objetivo compreender os seus hábitos relacionados com o consumo de tabaco, incluindo frequência, quantidade e contexto de uso.

1. Com que idade começou a fumar? (responda de forma numérica apenas)

2. Que tipo de Tabaco consome:
Cigarros ____
Charutos ou Cigarrilhas ____
Cachimbo ____
Tabaco aquecido (ex: IQOS) ____
Cigarros eletrónicos (vapes) ____
Tabaco de enrolar ____
Tabaco de mascar ____
Outros ____
3. Quais as principais razões para ter começado a fumar? (selecione todas as opções que se apliquem a si)
Por curiosidade, para experimentar ____
Por influência dos amigos(as) ____
Para ser melhor aceite pelos meus pares ____
Por rebeldia ____
Porque os meus familiares também fumam ____
Para aliviar o stresse ____
Para ajudar na perda de peso ____
Outras ____
4. Quantos produtos de tabaco consome por dia? (responda de forma descritiva, de acordo com o(s) tipo(s) de tabaco que consome. Ex: 5 cigarros e 1 vape)

5. Com que frequência utiliza estes produtos de tabaco?

	Nunca	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Dia sim, dia não	Diariamente
Cigarros					
Charutos ou Cigarrilhas					
Cachimbo					
Tabaco aquecido (ex: IQOS)					
Cigarros eletrónicos (vapes)					
Tabaco de enrolar					
Tabaco de mascar					
Outros					

6. Já tentou deixar de fumar nos últimos 2 anos?

Sim ____

Não ____

7. Quantas vezes? (responda de forma numérica apenas)

8. Há quantos anos fuma ininterruptamente? (responda de forma numérica apenas)

9. Porque motivo fuma neste momento? (selecione todas as opções que se apliquem a si)

Por hábito ____

Por prazer, porque gosto ____

Para me sentir integrado com os meus pares ____

Para aliviar o stresse ____

Para controlar o peso ____

10. Quais os contextos em que fuma mais? (selecione todas as opções que se apliquem a si)

Quando saio à noite ____

Quando estou sozinho(a) ____

Quando estou a trabalhar ou a estudar ____

Quando estou sem fazer nada ____

Quando estou com amigos ____

Quando alguém pega num cigarro ao pé de mim ____

Após as refeições ____

Quando bebo café ____

Quando consumo bebidas alcoólicas ____

Quando me sinto nervoso(a) ou ansioso(a) ____

Quando estou tranquilo(a) e descontraído(a) ____

11. Está neste momento a tentar deixar de fumar?

Sim ____

Não ____

Anexo 8

Questionário para Avaliação de Hábitos Tabágicos (Ex-fumadores)

Preparado por Inês Duarte Costa, 2025

Este questionário tem como objetivo compreender os seus hábitos relacionados com o consumo de tabaco **no período em que foi fumador**, incluindo frequência, quantidade e contexto de uso.

1. Com que idade começou a fumar? (responda de forma numérica apenas)

2. Que tipo de Tabaco consumia:
Cigarros ____
Charutos ou Cigarrilhas ____
Cachimbo ____
Tabaco aquecido (ex: IQOS) ____
Cigarros eletrónicos (vapes) ____
Tabaco de enrolar ____
Tabaco de mascar ____
Outros ____
3. Quais as principais razões para ter começado a fumar? (selecione todas as opções que se apliquem a si)
Por curiosidade, para experimentar ____
Por influência dos amigos(as) ____
Para ser melhor aceite pelos meus pares ____
Por rebeldia ____
Porque os meus familiares também fumam ____
Para aliviar o stresse ____
Para ajudar na perda de peso ____
Outras ____
4. Quantos produtos de tabaco consumia por dia? (responda de forma descritiva, de acordo com o(s) tipo(s) de tabaco que consumia. Ex: 5 cigarros e 1 vape)

5. Com que frequência utilizava estes produtos de tabaco?

	Nunca	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Dia sim, dia não	Diariamente
Cigarros					
Charutos ou Cigarrilhas					
Cachimbo					
Tabaco aquecido (ex: IQOS)					
Cigarros eletrónicos (vapes)					
Tabaco de enrolar					
Tabaco de mascar					
Outros					

6. Quais os contextos em que fumava mais? (selecione todas as opções que se apliquem a si)

Quando saio à noite ____

Quando estou sozinho(a) ____

Quando estou a trabalhar ou a estudar ____

Quando estou sem fazer nada ____

Quando estou com amigos ____

Quando alguém pega num cigarro ao pé de mim ____

Após as refeições ____

Quando bebo café ____

Quando consumo bebidas alcoólicas ____

Quando me sinto nervoso(a) ou ansioso(a) ____

Quando estou tranquilo(a) e descontraído(a) ____

7. Durante quantos anos fumou ininterruptamente? (responda de forma numérica apenas)

8. Há quanto tempo deixou de fumar?

Nos últimos 6 meses ____

Há mais de 6 meses ____

9. Com que idade deixou de fumar? (responda de forma numérica apenas)

10. Quais as razões para ter deixado de fumar? (selecione todas as opções que se apliquem a si)

Gravidez ____

Preço do tabaco ____

Pressão familiar ____

Doença ____

Manter a saúde ____

Por causa dos filhos ____

Conselho do médico ou outro técnico de saúde ____

Medo das doenças provocadas pelo tabaco ____

Pressões ou proibição de fumar no trabalho ____

Por ser incompatível com a prática de desporto ____

Falecimento ou doença de alguém próximo que era fumador ____

Outra ____

11. No passado, quantas vezes já tinha tentado deixar de fumar? (responda de forma numérica apenas)

Anexo 9

Teste de Fargeström para a Dependência da Nicotina (Fumadores)

Fargeström Test for Nicotine Dependence - FTND

Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fargeström (1991)

Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira (2009)

ANEXO RETIRADO POR MOTIVOS DE DIREITOS DE CÓPIA E DE AUTOR.

Anexo 10

Teste de Fargeström para a Dependência da Nicotina (Ex-fumadores)

Fargeström Test for Nicotine Dependence - FTND

Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fargeström (1991)

Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira (2009)

ANEXO RETIRADO POR MOTIVOS DE DIREITOS DE CÓPIA E DE AUTOR.

Anexo 11
Escala de Horn-Waingrow (Fumadores)
Horn-Waingrow Scale (HWS)
Ikard, Green & Horn (1969)

ANEXO RETIRADO POR MOTIVOS DE DIREITOS DE CÓPIA E DE AUTOR.

Anexo 12
Escala de Horn-Waingrow (Ex-fumadores)
Horn-Waingrow Scale (HWS)
Ikard, Green & Horn (1969)

ANEXO RETIRADO POR MOTIVOS DE DIREITOS DE CÓPIA E DE AUTOR.

Anexo 13
Escala da Afetividade
Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (20 item)
Watson, Clark & Tellegen, (1988)
Galinha & Pais-Ribeiro (2005)


ANEXO RETIRADO POR MOTIVOS DE DIREITOS DE CÓPIA E DE AUTOR.

Anexo 14
Escala do Stresse Percepcionado
Perceived Stress Scale (PSS) (10 item)
Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983)
Trigo & Silva (2003)

ANEXO RETIRADO POR MOTIVOS DE DIREITOS DE CÓPIA E DE AUTOR.

Anexo 15

Autorizações para uso dos Instrumentos


 **rimas@fe.uc.pt**
para mim ▾ 📧 quinta, 7/11, 15:57 ★ 😊 ↶ ⋮

Cara Inês Duarte,

É com muito gosto que enviamos, em anexo, a versão portuguesa do Fagerstrom Tolerance Questionnaire para utilizar no seu projeto de investigação.

Melhores cumprimentos.

Inês Ribeiro

 **unnamed**
Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165, 3004-512 - Coimbra - Portugal

 **Miguel Trigo**
para mim ▾ quinta, 21/11, 17:25 (há 1 dia) ☆ 😊 ↶ ⋮

Boa noite Dra. Inês Duarte Costa,


Obrigado pelo seu interesse e respeito pela propriedade intelectual.

Tenho todo o gosto e interesse que use a tradução para português europeu que fiz da **Horn-Waingrow Scale** (HWS) no contexto da dissertação intitulada - "Cigarros, tabaco e nicotina: Aspectos biocomportamentais associados ao tabagismo" (2007).

Neste sentido, autorizo o uso dessa versão da HWS.

Muito sucesso e um abraço,

Miguel Trigo

 **igalinha@ucp.pt** através de yahoo.com
para mim, miguel.trigo70@gmail.com ▾ terça, 5/11, 14:19 ★ 😊 ↶ ⋮

Cara colega, Inês Duarte.

Autorizo a utilização da PANAS na sua versão integral e reduzida.

Desejo-lhe um excelente trabalho.

Iolanda Costa Galinha

Professor at Psychology Department

Faculty of Human Sciences Catholic University of Portugal

Researcher at CRC-W Católica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing

<https://ciencia.ucp.pt/en/persons/iolanda-costa-galinha>

<https://scholar.google.pt/citations?user=W0L4vHgAAAAJ&hl=pt-PT>

 **Miguel Trigo**
para mim ▾ 📧 terça, 5/11, 23:22 ★ 😊 ↶ ⋮

Boa noite Dra. Inês Duarte Costa,

Agradecemos o seu interesse e cuidado.

Relativamente ao **Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa** e respectiva versão portuguesa, temos o maior gosto em autorizar a sua utilização e em divulgar a versão que preparámos. Lembramos que a sua utilização apenas deverá ser feita em situações sem fins lucrativos.

O Autor, porém, divulgou a informação anexa (ver PDF), esclarecendo que os pedidos de autorização para uso da PSS devem ser feitos através da plataforma ePROVIDETM, do MAPI RESEARCH TRUST (<https://eprovide.mapi-trust.org>).

Na página do autor original - Sheldon Cohen, Ph.D - terá acesso a muita bibliografia relacionada com a PSS (<https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/index.html>).

Boa sorte para a investigação.

Pelos autores, com o seu conhecimento e do autor original da Escala (em Bcc), os melhores cumprimentos.

Miguel Trigo

...

Anexo 16

Princípios éticos

Neste seguimento, e para maior detalhe, é possível organizar este capítulo em três partes: (a) direitos para uso e tradução de instrumentos psicológicos, (b) consentimento informado e (c) proteção e divulgação de dados.

Direitos para uso e tradução de instrumentos psicológicos

O presente estudo utilizou instrumentos de avaliação previamente adaptados e validados para a população portuguesa, garantindo a sua adequação linguística, cultural e psicométrica. Para assegurar o cumprimento das normas éticas e legais relativas ao uso destes instrumentos, foi obtida, junto dos autores, a devida autorização para utilização das versões adaptadas para a população portuguesa e foi também solicitada a autorização ao autor da versão original da PSS-10.

Consentimento informado

Previamente ao preenchimento do questionário *online* foi pedido aos participantes o seu consentimento informado, no qual se detalharam os objetivos gerais deste estudo, a participação voluntária, o anonimato, a possibilidade de desistir a qualquer momento sem consequências, a inexistência de técnicas invasivas, a ausência de riscos previsíveis ou contrapartidas pelo preenchimento do questionário, a duração estimada da sua participação e os benefícios da investigação.

Proteção e divulgação de dados

O presente estudo foi conduzido em conformidade com a legislação aplicável relativa à proteção de dados pessoais, nomeadamente a Lei n.º 58/2019 (DR, 2019) que assegura a execução, em Portugal, do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). Esta legislação estabelece normas rigorosas para a recolha, armazenamento, tratamento e divulgação de dados pessoais, garantindo a privacidade e os direitos dos participantes envolvidos na investigação, garantindo a proteção e confidencialidade dos mesmos. Consequentemente, todos os dados recolhidos foram anonimizados e os participantes foram informados, previamente, de que sua identidade seria mantida confidencial em todas as etapas da investigação, podendo desistir a qualquer momento, sem prejuízo. Os dados foram organizados e codificados de modo a assegurar que as análises fossem realizadas apenas sobre dados sem identificação ou exposição de informações pessoais. As análises foram conduzidas em bases de dados seguras, utilizando apenas informações anonimizadas e

codificadas. As bases de dados foram protegidas por chaves de acesso restrito e armazenadas em sistemas digitais encriptados, acessíveis apenas à equipa de investigação.

Anexo 17

Tabela II

Caracterização dos participantes pela idade (n=414)

	Feminino (n=204)		Masculino (n=210)		Total (n=414)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Idade	35,27	10,225	35,47	9,364	35,37	9,786	0,205	0,838	0,020

Anexo 18

Tabela III

Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=414) (continua na página seguinte)

	Feminino (n=204)		Masculino (n=210)		Total (n=414)		<i>C</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
<i>Estado civil</i>							0,125	0,158	0,126
Casado(a)	47	23,0	69	32,9	116	28,0			
Divorciado(a)	15	7,4	10	4,8	25	6,0			
Solteiro(a)	104	51,0	95	45,2	199	48,1			
União de facto	38	18,6	35	16,7	73	17,6			
Viúvo(a)	0	0,0	1	0,2	1	0,2			
<i>Habilitações académicas</i>							0,294	0,000	0,307
Ensino Primário	1	0,5	0	0,0	1	0,2			
Ensino Básico	0	0,0	7	3,3	7	1,7			
Curso Técnico-Profissional	13	6,4	43	20,5	56	13,5			
Ensino Secundário	25	12,3	43	20,5	68	16,4			
Licenciatura	94	46,1	72	34,3	166	40,1			
Mestrado	67	32,8	42	20,0	109	26,3			
Doutoramento	4	2,0	2	1,0	6	1,4			
Outra	0	0,0	1	0,5	1	0,2			
<i>Situação profissional</i>							0,202	0,001	0,206
Desempregado/a	18	8,8	13	6,2	31	7,5			
Empregado/a	128	62,7	167	79,5	295	71,3			
Estudante	32	15,7	14	6,7	46	11,1			
Reformado/a	2	1,0	4	1,9	6	1,4			
Trabalhador/a- Estudante	24	11,8	12	5,7	36	8,7			
<i>Zona Residência</i>							0,250	0,000	0,258
Alentejo	1	0,5	10	4,8	11	2,7			
Algarve	3	1,5	6	2,9	9	2,2			

	Feminino (n=204)		Masculino (n=210)		Total (n=414)		C	p	V
	n	%	n	%	n	%			
Centro	39	19,1	41	19,5	80	19,3			
Grande Lisboa	115	56,4	74	35,2	189	45,7			
Norte	42	20,6	73	34,8	115	27,8			
RA da Madeira	1	0,5	4	1,9	5	1,2			
RA dos Açores	3	1,5	2	1,0	5	1,2			
<i>Carga Horária</i>							0,215	0,000	0,220
< 20 horas semanais	18	8,8	6	2,9	24	5,8			
20 a 30 horas semanais	19	9,3	18	8,6	37	8,9			
30 a 40 horas semanais	97	47,5	93	44,3	190	45,9			
> 40 horas semanais	36	17,6	71	33,8	107	25,8			
Não aplicável	34	16,7	22	10,5	56	13,5			
<i>Hábitos tabágicos</i>							0,076	0,489	0,077
Ex-fumador	51	25,0	55	26,2	106	25,6			
Fumador ativo	66	32,4	73	34,8	139	33,6			
Fumador ocasional	13	6,4	19	9,0	32	7,7			
Não fumador	74	36,3	63	30,0	137	33,1			

Anexo 19

Tabela V

Estadísticas descritivas das escalas (n=414) (continua na página seguinte)

	Masculino (n=210)		Feminino (n=204)		Total (n=414)		t	p	d		
	M	DP	M	DP	Mínimo	Máximo				M	DP
HWS											
Habitual	2,10	1,00	1,88	0,82	1,00	5,00	1,99	0,92	2,006	0,046	0,239
Dependente	2,86	1,19	2,87	1,12	1,00	5,00	2,87	1,15	-	0,938	-0,009
									0,078		
Afeto Negativo	3,10	1,17	3,20	1,05	1,00	5,00	3,15	1,12	-	0,468	-0,087
									0,727		
Relaxação	3,38	1,21	3,59	1,00	1,00	5,00	3,48	1,11	-	0,112	-0,190
									1,594		
Estimulação	2,44	1,08	2,30	0,95	1,00	5,00	2,38	1,02	1,198	0,232	0,144
Manipulação	2,81	1,13	2,53	1,07	1,00	5,00	2,68	1,11	2,154	0,032	0,259
PANAS											

	Masculino (n=210)		Feminino (n=204)		Total (n=414)		t	p	d		
	M	DP	M	DP	Mínimo	Máximo				M	DP
Positivos	2,79	0,91	2,88	0,86	1,00	4,80	2,83	0,89	-	0,333	-0,095
Negativos	1,98	0,83	2,09	0,80	1,00	4,80	2,03	0,81	-	0,188	-0,129
PSS	1,80	0,73	1,99	0,72	0,10	3,90	1,89	0,73	-	0,009	-0,258
FTND	3,29	2,69	2,58	2,19	0,00	10,00	2,95	2,49	2,415	0,016	0,287

Anexo 20

Tabela VI

Distribuição (M, DP) da idade de início do consumo (n=277)

	Masculino		Feminino		Total		t	p	d		
	M	DP	M	DP	Mínimo	Máximo				M	DP
Fumador (n=139)	17,12	2,948	15,70	2,373	10	25	16,45	2,775	3,121	0,002	0,530
Ocasional (n=32)	17,11	2,158	16,46	3,017	13	23	16,84	2,516	0,705	0,486	0,254
Ex-fumador (n=106)	16,84	3,589	17,24	2,320	11	34	17,03	3,038	-	0,502	-
									0,674		0,131

Anexo 21

Tabela VII

Caracterização do tipo de tabaco consumido (n=277)

	Fumador (n=139)		Ocasional (n=32)		Ex-fumador (n=106)	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Tabaco de enrolar	37	26,6	13	40,6	24	22,6
Cigarros eletrônicos (vapes)	17	12,2	2	6,3	10	9,4
Tabaco aquecido (ex: IQOS)	49	35,3	8	25,0	32	30,2
Cigarros	87	62,6	22	68,8	106	100,0
Charutos ou Cigarrilhas	7	5,0	5	15,6	4	3,8
Tabaco de mascar	0	0,0	1	3,1	0	0,0
Outros	3	2,2	4	12,5	6	5,7

Anexo 22

Tabela VIII

Caracterização das motivações para início do consumo (n=277)

	Fumador (n=139)		Ocasional (n=32)		Ex-fumador (n=106)	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Por curiosidade	93	66,9	23	71,9	82	59,0
Por influência dos amigos(as)	69	49,6	14	43,8	52	37,4
Por rebeldia	33	23,7	5	15,6	28	20,1
Para aliviar o stresse	38	27,3	6	18,8	23	16,5
Porque os meus familiares também fumam	24	17,3	3	9,4	17	12,2
Para ser melhor aceite pelos meus pares	11	7,9	5	15,6	12	8,6
Outra	7	5,0	3	9,4	3	2,2

Anexo 23

Tabela IX

Fumador ativo - Frequência de uso por tipo de produto (n=139)

	1	2	3	4	5	C	p
Cigarros	47,5	1,4	5,0	15,8	30,2	0,110	0,792
Charutos ou Cigarrilhas	2,2	0,0	1,4	5,8	90,6	0,122	0,549
Cachimbo	0,7	0,0	0,0	2,2	97,1	0,091	0,557
Tabaco aquecido	28,8	1,4	3,6	3,6	62,6	0,235	0,088
Cigarros eletrónicos	8,6	0,7	0,7	7,9	82,0	0,166	0,413
Tabaco de enrolar	19,4	0,7	3,6	5,8	70,5	0,149	0,532
Tabaco de mascar	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0		
Outros	2,9	1,4	0,7	1,4	93,5	0,149	0,533

Legenda: 1-Diariamente; 2-Dia sim, dia não; 3-Uma vez por semana; 4-Uma vez por mês; 5-Nunca

Anexo 24

Tabela X

Fumador ocasional - Frequência de uso por tipo de produto (n=32) (continua na página seguinte)

	1	2	3	4	5	C	p
Cigarros	0,0	25,0	25,0	21,9	28,1	0,179	0,788
Charutos ou Cigarrilhas	0,0	3,1	0,0	3,1	93,8	0,251	0,341
Cachimbo	0,0	0,0	3,1	6,3	90,6	0,257	0,322
Tabaco aquecido	3,1	9,4	6,3	9,4	71,9	0,495	0,035
Homens	5,3	0,0	0,0	15,8	78,9		
Mulheres	0,0	23,1	15,4	0,0	61,5		

	1	2	3	4	5	C	p
Cigarros eletrônicos	3,1	0,0	0,0	6,3	90,6	0,220	0,444
Tabaco de enrolar	0,0	9,4	28,1	12,5	50,0	0,343	0,233
Tabaco de mascar	0,0	0,0	0,0	3,1	96,9	0,147	0,401
Outros	0,0	3,1	6,3	3,1	87,5	0,256	0,524

Legenda: 1-Diariamente; 2-Dia sim, dia não; 3-Uma vez por semana; 4-Uma vez por mês; 5-Nunca

Anexo 25

Tabela XI

Ex-fumador - Frequência de uso por tipo de produto (n=106)

	1	2	3	4	5	C	p
Cigarros	71,7	4,7	13,2	7,5	2,8	0,232	0,196
Charutos ou Cigarrilhas	0,9	0,0	2,8	11,3	84,9	0,196	0,237
Cachimbo	0,0	0,0	0,0	8,5	91,5	0,281	0,003
Homens	0,0	0,0	0,0	16,4	83,6		
Mulheres	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0		
Tabaco aquecido	25,5	1,9	1,9	2,8	67,9	0,220	0,249
Cigarros eletrônicos	5,7	0,9	0,9	5,7	86,8	0,172	0,520
Tabaco de enrolar	11,3	5,7	4,7	7,5	70,8	0,205	0,324
Tabaco de mascar	0,0	0,0	0,9	0,0	99,1	0,094	0,333
Outros	2,8	0,9	1,9	4,7	89,6	0,192	0,397

Legenda: 1-Diariamente; 2-Dia sim, dia não; 3-Uma vez por semana; 4-Uma vez por mês; 5-Nunca

Anexo 26

Tabela XII

Caracterização das tentativas de cessação tabágica (n=171)

		Masculino		Feminino		Total		C	p
		n	%	n	%	n	%		
Fumador Ativo (n=139)	Sim	24	36,4	33	44,6	57	41,0	0,084	0,322
	Não	42	63,6	41	55,4	82	59,0		
Fumador Ocasional (n=32)	Sim	6	46,2	5	26,3	11	34,4	0,205	0,246
	Não	7	53,8	14	73,7	21	65,6		

Anexo 27

Tabela XIII

Distribuição (M, DP) do número de tentativas de cessação tabágica (n=277) (continua na página seguinte)

Masculino		Feminino		Todos			t	p	d
M	DP	M	DP	Mín.	Máx.	M			

Fumador (n=58)	1,61	1,116	2,80	5,752	1	30	2,12	3,871	-1,167	0,248	-0,309
Ocasional (n=10)	3,00	3,937	1,80	1,304	1	10	2,40	2,836	0,647	0,536	0,409
Ex- fumador (n=106)	2,42	4,672	1,32	1,935	13	63	32,78	9,500	-0,368	0,714	-0,072

Anexo 28

Tabela XIV

Distribuição (M, DP) da duração do hábito tabágico (n=277)

	Masculino		Feminino		Todos		M	DP	t	p	d
	M	DP	M	DP	Mín.	Máx.					
Fumador (n=139)	14,21	9,49	12,77	9,81	0	53	13,52	9,64	0,871	0,385	0,150
Ocasional (n=32)	8,03	8,51	5,62	5,95	0	34	7,05	7,56	0,882	0,385	0,318
Ex- fumador (n=106)	11,35	8,38	14,09	8,97	1	46	12,77	8,76	-1,621	0,108	-0,315

Anexo 29

Tabela XV

Caracterização das motivações para a manutenção do hábito tabágico (n=171)

		Masculino		Feminino		Total		C	p
		Sim	%	Sim	%	Sim	%		
Fumador (n=139)	Por hábito	51	68,9	49	74,2	100	71,9	0,220	0,558
	Por prazer	51	68,9	46	69,7	97	69,7		
	Para aliviar o stresse	45	60,8	49	74,2	94	67,6		
	Porque gosta	52	70,3	46	69,7	98	70,5		
Ocasional (n=32)	Por hábito	4	21,1	4	30,8	8	25,0	0,345	0,577
	Por prazer	15	78,9	8	61,5	23	71,8		
	Para aliviar o stresse	5	26,3	6	46,2	11	34,4		
	Porque gosta	15	78,9	8	61,5	23	71,8		

Anexo 30

Tabela XVI

Caracterização dos contextos de uso de produtos de tabaco (n=171)

		Masculino		Feminino		Total		C	p
		n	%	n	%	n	%		
Fumador (n=139)	Quando bebo café	41	55,4	41	62,1	82	59,0	0,684	0,242
	Quando saio a noite	36	48,6	35	53,0	71	51,1		
	Quando estou tranquilo/a e descontraído/a	17	23,0	15	22,7	32	23,0		
	Quando me sinto nervoso/a ou ansioso/a	42	56,8	49	74,2	91	65,5		
	Quando estou sem fazer nada	31	41,9	29	43,9	60	43,2		
	Quando alguém pega num cigarro ao pé de mim	15	20,3	15	22,7	30	21,6		
	Quando consumo bebidas alcoólicas	44	59,5	31	47,0	75	54,0		
	Quando estou sozinho/a	21	28,4	24	36,4	45	32,4		
	Quando estou com amigos	18	24,3	25	37,9	43	30,9		
	Quando estou a trabalhar ou a estudar	36	48,6	36	54,5	72	51,8		
Apos as refeições		40	54,1	38	57,6	78	56,1		
Ocasional (n=32)	Quando bebo café	4	21,1	2	15,4	6	18,8	0,663	0,457
	Quando saio a noite	14	73,7	12	92,3	26	81,3		
	Quando estou tranquilo/a e descontraído/a	3	15,8	1	7,7	4	12,5		
	Quando me sinto nervoso/a ou ansioso/a	8	42,1	6	46,2	14	43,8		
	Quando estou sem fazer nada	3	15,8	0	0,0	3	9,4		
	Quando alguém pega num cigarro ao pé de mim	6	31,6	3	23,1	9	28,1		
	Quando consumo bebidas alcoólicas	10	52,6	12	92,3	22	68,8		
	Quando estou sozinho/a	5	26,3	3	23,1	8	25,0		
	Quando estou com amigos	7	36,8	6	46,2	13	40,6		
	Quando estou a trabalhar ou a estudar	4	21,1	2	15,4	6	18,8		
Apos as refeições		3	15,8	3	23,1	6	18,8		

Anexo 31

Tabela XVII

Caracterização das tentativas de cessação atuais (n=171)

		Masculino		Feminino		Total		C	p
		n	%	n	%	n	%		
Fumador	Sim	13	17,6	10	15,2	23	16,4	0,033	0,700
	Não	56	82,4	60	84,8	116	83,6		
Ocasional	Sim	4	21,1	4	30,8	8	25,0	0,110	0,533
	Não	15	78,9	9	69,2	24	75,0		

Anexo 32

Tabela XVIII

Ex-fumador – Distribuição (M, DP) da duração do hábito tabágico (n=106)

	Masculino (n=55)		Feminino (n=51)		Total (n=106)		t	p	d		
	M	DP	M	DP	Mín.	Máx.					
Quantos anos fumou	14,09	8,972	11,16	8,164	1	46	12,68	8,678	1,756	0,082	0,341
Idade da cessação	32,45	9,377	33,14	9,712	13	63	32,78	9,500	-0,368	0,714	-0,072

Anexo 33

Tabela XIX

Caracterização do término do consumo (n=106)

	Masculino (n=55)		Feminino (n=51)		Total (n=106)		C	p
	n	%	n	%	n	%		
Há mais de 6 meses	46	83,6	46	90,2	92	86,8	0,096	0,319
Nos últimos 6 meses	9	16,4	5	9,8	14	13,2		

Anexo 34

Tabela XX

Caracterização das motivações para a cessação (n=106)

	Masculino (n=55)		Feminino (n=51)		Total (n=106)		C	p
	n	%	n	%	n	%		
Manter a saúde	41	74,5	38	74,5	79	74,5	0,589	0,254
Medo das doenças provocadas pelo tabaco	25	45,5	25	49,0	50	47,2		
Por causa dos filhos	16	29,1	11	21,6	27	25,5		
Preço do tabaco	13	23,6	8	15,7	21	19,8		
Outra	12	21,8	7	13,7	19	17,9		
Gravidez	0	0,0	14	27,5	14	13,2		
Doença	3	5,5	7	13,7	10	9,9		
Falecimento ou doença de alguém próximo que era fumador	4	7,3	4	7,8	8	7,5		
Pressão familiar	6	10,9	2	3,9	8	7,5		
Por ser incompatível com a prática de desporto	4	7,3	3	5,9	7	6,6		
Conselho do medico ou outro técnico de saúde	5	9,1	1	2,0	6	5,7		
Pressões ou proibição de fumar no trabalho	3	5,5	0	0,0	3	2,8		

Anexo 35

Tabela XXII

Teste post-hoc dos resíduos ajustados padronizados entre escalões etários e estatutos tabágicos ($n = 414$)

		Hábitos tabágicos			
		Fumador	Ocasional	Ex-fumador	Não fumador
Escalão Etário	Até 30 anos ($n=136$)	3,06***	2,2*	-2,6**	1,7
	31 a 45 anos ($n=218$)	2,0*	0,4	-1,9	-1,8
	Mais de 45 anos ($n=60$)	-1,2	-1,3	4,6***	-1,3

Anexo 36

Tabela XXIII

Caracterização dos estatutos tabágicos em função da escolaridade ($n=414$)

	Habilitações				C	p
	Até 12º Ano ($n=133$)		Ensino Superior ($n=281$)			
	n	%	n	%		
Fumador	45	33,8	94	33,5	0,088	0,354
Ocasional	11	8,3	21	7,5		
Ex-fumador	40	30,1	66	23,5		
Não fumador	37	27,8	100	35,6		

Anexo 37

Tabela XXVII

Distribuição (M , DP) da afetividade por estatuto tabágico em função da idade ($n=414$)
(continua na página seguinte)

	Até 30 anos ($n=136$)		31 a 45 anos ($n=218$)		Mais de 45 anos ($n=60$)		Z	p	ε^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
Fumador									
Afetos Positivos	2,58	0,75	2,82	0,90	2,69	0,81	1,269	0,284	0,018
Afetos Negativos	2,49	0,82	2,27	0,88	2,27	1,09	0,930	0,397	0,013
Ocasional									
Afetos Positivos	2,83	1,15	2,81	0,84	3,75	0,49	0,846	0,439	0,055
Afetos Negativos	2,08	0,73	1,63	0,47	1,00	0,00	3,998	0,029	0,216
Ex-fumador									
Afetos Positivos	2,63	1,06	3,06	0,91	2,78	0,91	2,002	0,140	0,037

	Até 30 anos (n=136)		31 a 45 anos (n=218)		Mais de 45 anos (n=60)		Z	p	ϵ^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
	Afetos Negativos	1,63	0,58	1,98	0,84	1,92			
Não fumador									
Afetos Positivos	2,91	0,79	2,85	0,92	3,23	0,68	1,053	0,352	0,015
Afetos Negativos	1,96	0,62	1,87	0,72	1,49	0,35	2,468	0,089	0,036

Anexo 38

Tabela XXIX

Distribuição (M, DP) do stresse percecionado (PSS) em função do género, estatuto tabágico e habilitações (12º Ano) (n=133)

Ensino obrigatório	Masculino (n=94)		Feminino (n=39)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Fumador (n=45)	1,95	0,79	2,29	0,69	-1,312	0,197	-0,442
Ocasional (n=11)	1,65	0,72	0,00	0,00			
Ex-fumador (n=40)	1,82	0,72	1,75	0,54	0,329	0,744	0,117
Não fumador (n=35)	1,44	0,84	1,83	0,63	-1,566	0,126	-0,520

Anexo 39

Tabela XXXII

Diferenças na dependência psicológica (HWS), em função do género, estatuto tabágico e habilitações (12º Ano) (n=96) (continua na página seguinte)

Ensino obrigatório	Masculino (n=73)		Feminino (n=23)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Fumador (n=45)							
Habitual	2,02	0,96	2,17	0,90	-0,455	0,651	-0,153
Dependente	2,96	0,94	3,28	0,94	-1,032	0,308	-0,348
Afeto Negativo	3,15	1,02	3,13	1,08	0,076	0,940	0,026
Relaxação	3,27	1,05	2,88	0,91	1,165	0,250	0,393
Estimulação	2,41	1,07	2,53	0,99	-0,322	0,749	-0,108
Manipulação	2,65	1,11	2,36	1,18	0,750	0,457	0,253
Ocasional (n=11)							
Habitual	1,59	0,92					
Dependente	1,62	0,99					

Afeto Negativo	2,00	0,95					
Relaxação	2,86	1,36					
Estimulação	1,52	0,67					
Manipulação	2,64	1,22					
Ex fumador (n=40)							
Habitual	2,73	1,14	2,07	1,16	1,636	0,110	0,579
Dependente	3,20	1,38	2,73	1,15	1,006	0,321	0,356
Afeto Negativo	3,55	1,20	2,94	1,03	1,492	0,144	0,528
Relaxação	3,91	1,07	3,64	0,81	0,778	0,442	0,275
Estimulação	3,03	1,25	2,09	1,17	2,168	0,037	0,768
Manipulação	3,49	1,19	3,12	1,12	0,901	0,373	0,319

Anexo 40

Tabela XXXIII

Diferenças na dependência psicológica (HWS), em função do gênero, estatuto tabágico e habilitações (Ensino Superior) (n=181)

	Masculino (n=74)		Feminino (n=107)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Ensino superior							
Fumador (n=94)							
Fumador Habitual	2,04	0,89	1,87	0,78	0,971	0,334	0,203
Fumador Dependente	3,05	1,00	2,79	0,93	1,293	0,199	0,270
Fumador Afeto	3,04	0,89	3,44	0,91	-2,131	0,036	-0,445
Negativo							
Fumador Relaxação	3,31	1,21	3,47	0,94	-0,694	0,490	-0,150
Fumador Estimulação	2,42	0,93	2,39	0,87	0,149	0,882	0,031
Fumador Manipulação	2,54	1,03	2,48	1,01	0,283	0,778	0,059
Ocasional (n=21)							
Fumador Habitual	1,22	0,25	1,50	0,76	-1,001	0,329	-0,450
Fumador Dependente	1,38	0,57	1,85	0,91	-1,312	0,205	-0,590
Fumador Afeto	1,73	1,03	2,01	1,09	-0,589	0,563	-0,264
Negativo							
Fumador Relaxação	2,38	1,30	3,46	0,80	-2,380	0,028	-1,070
Fumador Estimulação	1,38	0,52	1,72	0,83	-1,049	0,307	-0,471
Fumador Manipulação	1,88	1,01	2,59	1,13	-1,463	0,160	-0,657
Ex fumador (n=66)							
Fumador Habitual	2,05	0,90	1,86	0,77	0,896	0,374	0,226
Fumador Dependente	3,05	1,15	3,24	1,24	-0,596	0,553	-0,150
Fumador Afeto	3,52	1,28	3,35	0,98	0,591	0,557	0,149
Negativo							
Fumador Relaxação	3,54	1,22	3,99	1,06	-1,582	0,118	-0,399
Fumador Estimulação	2,59	0,91	2,35	0,97	1,005	0,319	0,253
Fumador Manipulação	3,04	0,89	2,45	1,07	2,324	0,023	0,586

Anexo 41

Tabela XXXIV

Diferenças na dependência psicológica por estatuto tabágico em função da idade (n=414)

	Até 30 anos (n=136)		31 a 45 anos (n=218)		Mais de 45 anos (n=60)		Z	p	ϵ^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
Fumador									
Habitual	5,00	1,87	4,00	2,05	4,00	2,03	0,704	0,496	0,010
Dependente	5,00	2,95	5,00	2,96	4,60	2,88	0,050	0,951	0,001
Afeto	5,00	3,38	5,00	3,17	4,50	3,03	1,165	0,315	0,017
Negativo									
Relaxação	5,00	3,57	5,00	3,12	5,00	3,47	2,983	0,054	0,042
Estimulação	5,00	2,65	4,67	2,33	4,33	2,09	2,946	0,056	0,042
Manipulação	5,00	2,71	5,00	2,44	4,67	2,39	1,160	0,317	0,017
Ocasional									
Habitual	3,75	1,45	3,75	1,52	1,25	1,13	0,245	0,784	0,017
Dependente	4,00	1,76	4,20	1,64	1,00	1,00	0,664	0,523	0,044
Afeto	4,00	1,99	4,17	1,85	2,83	2,25	0,160	0,853	0,011
Negativo									
Relaxação	5,00	2,89	4,50	2,94	5,00	4,00	0,764	0,475	0,050
Estimulação	3,67	1,62	3,00	1,58	1,00	1,00	0,683	0,513	0,045
Manipulação	4,67	2,64	4,33	2,13	4,00	3,33	1,482	0,244	0,093
Ex-fumador									
Habitual	3,25	1,75	5,00	2,18	4,75	2,47	3,318	0,040	0,061
Dependente	4,40	2,82	5,00	3,20	5,00	3,24	0,869	0,422	0,017
Afeto	4,83	3,32	5,00	3,48	5,00	3,33	0,250	0,780	0,005
Negativo									
Relaxação	5,00	4,00	5,00	3,82	5,00	3,68	0,536	0,587	0,010
Estimulação	4,67	2,38	5,00	2,59	5,00	2,68	0,478	0,621	0,009
Manipulação	5,00	3,06	5,00	2,90	5,00	2,95	0,146	0,864	0,003

Anexo 42

Tabela XLII

Matriz de correlações de Pearson entre a dependência física da nicotina (FTND) e o afeto positivo por género e estatuto tabágico (n = 277)

FTND/ Afeto positivo	Masculino (n=147)		Feminino (n=130)		Total (n=277)	
	r	p	r	p	r	p
Fumador (n=139)	0,200	0,090	0,014	0,912	0,100	0,244
Ocasional (n=32)	-0,196	0,421	0,283	0,348	0,009	0,960
Ex-fumador (n=106)	0,076	0,582	-0,006	0,965	0,027	0,787