

ASSOCIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO TABACO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE FUMANTES

ASSOCIATION OF DEGREE OF DEPENDENCE OF TOBACCO WITH THE FEATURES OF SMOKERS SOCIODEMOGRAPHIC

*Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt¹
Débora Janine da Cunha Paula²
Nathalia Lima de Araújo³*

RESUMO

Objetivos: analisar o grau de dependência de tabagistas que ingressaram no Ambulatório de Prevenção, Controle e Tratamento do Tabagismo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG) em 2010. Verificar se existiu associação entre o grau de dependência e características sociodemográficas desses sujeitos. **Método:** estudo transversal, descritivo analítico, retrospectivo com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados baseou-se em informações apresentadas em prontuários eletrônicos realizados pela equipe multiprofissional. **Resultados e discussão:** predomínio do gênero feminino (66,6%), casados (37,2%), nível de instrução acima do ensino médio completo (59,2%). Grau de dependência mais frequente nos grupos em geral foi o muito elevado (34,6%), seguido do elevado com (33,3%). Tempo de uso do tabaco: média geral foi de 32,83 ± 11,06 anos; idade média em que iniciaram o uso do tabaco foi de 15 ± 3 anos. Análise estatística do grau de dependência e idade de início do uso do tabaco revelou que aqueles que tiveram início precoce apresentaram maior grau de dependência ($p = 0,047$). **Conclusão:** A maioria dos sujeitos apresentou um alto grau de dependência à nicotina e início precoce do uso do tabaco. **Contribuição do estudo:** necessidade de intervenções em fases mais vulneráveis no início da vida tabágica.

Palavras-chave: Hábito de Fumar. Transtorno por Uso de Tabaco. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the degree of dependence of smokers who enrolled in the Clinic of Prevention and Control of Tobacco Use Treatment, University Hospital, Federal University of Juiz de Fora (MG) in 2010. To identify associations between the degree of dependency and sociodemographic characteristics of these subjects. **Method:** Cross-sectional study, analytical, retrospective descriptive with quantitative approach, which data collection was based on information submitted in electronic medical records conducted by the multidisciplinary team. **Results and discussion:** predominance of females (66.6 %), married (37.2 %), education level above the finished high school (59.2%). Degree of dependence on frequent groups in general was very high (34.6%), followed with high (33.3%). Time of tobacco use: mean = 32.83 ± 11.06 years, mean age at which started tobacco use was 15 ± 3 years. Statistical analysis of the degree of dependence and age of onset of tobacco use revealed that those who had early onset showed a higher degree of dependence ($p = 0.047$). **Conclusion:** The majority of subjects had a high degree of nicotine dependence and early

1 Enfermeira, Doutora e Professora da FACENF-UFJF.

2 Enfermeira, Mestre do Hospital Universitário-UFJF e SAMU.

3 Enfermeira FHEMIG - Juiz de Fora.

onset of tobacco use. Contribution of the study: the need for interventions in vulnerable early stages of smoking life.

Keywords: Smoking. Tobacco use Disorder. Substance-Related Disorders. Nursing.

INTRODUÇÃO

O tabagismo constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de problemas de saúde, principalmente as doenças crônicas como as neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças cardiovasculares. Ele também representa a principal causa de morte evitável em todo o mundo.^(1,2)

Atualmente mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo, o que corresponde a um terço da população mundial. Na década de 2030 estima-se que esse total poderá chegar a dois bilhões, sendo que a maioria desses fumantes estará nos países em desenvolvimento, uma vez que a globalização da economia tem sido um dos determinantes do movimento de passagem da carga epidêmica do tabagismo e de doenças tabaco-relacionadas de países desenvolvidos para países em desenvolvimento, constituindo assim um grande desafio para a saúde pública no Brasil, o que requer uma política efetiva de controle do uso do tabaco.^(2, 3,4)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano morrem cerca de 5 milhões de pessoas, em todo o mundo, devido ao consumo dos produtos derivados do tabaco. A OMS também estima que, se a atual tendência de consumo for mantida nos próximos 30 a 40 anos, quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia-idade, a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, são estimadas mais de 200 mil mortes/ano decorrentes do tabagismo.⁽⁴⁾

Com isso, torna-se relevante utilizar estratégias que visam à prevenção da iniciação do tabagismo, prevenção dos agravos, redução da prevalência de fumantes, e das morbidades

por doenças tabaco-relacionadas. No Brasil, tem sido desenvolvido o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer com vistas a minimizar o impacto do uso do tabaco na saúde pública, através da parceria entre o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde.⁽⁵⁾

Estudos revelam que cerca de 80% dos fumantes desejam interromper o tabagismo, mas apenas 3% conseguem obter sucesso sem ajuda profissional. Isto demonstra a importância de oferecer uma rede sólida de assistência à saúde na cessação do uso do tabaco e de estudar as características dessa população para melhor estruturar os programas de tratamento que possam atender às suas necessidades.^(6, 7)

Além disso, pesquisas apontam a existência de várias condições associadas ao tabagismo e às dificuldades na cessação do hábito de fumar, tais como a escolaridade, condição socioeconômica, intensidade da dependência da nicotina, ganho de peso, entre outras^(2,8,9), assim como uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixa escolaridade.⁽⁷⁾ Existem diversos instrumentos para se verificar/mensurar a dependência tabágica,⁽¹⁰⁾ sendo um dos mais utilizados o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström – teste utilizado para estimar o grau de dependência nicotínica, aplicado mundialmente como ferramenta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos.⁽¹¹⁾ Ele possui também a vantagem de ser de aplicação simples, rápida e de baixo custo, com isso, auxilia na determinação do tipo de tratamento, no manejo dos pacientes, permitindo prever reações e realizar adequações durante o tratamento, melhorando com isso a eficácia do mesmo aos pacientes que participam do programa de cessação.⁽¹¹⁾

Esse teste foi desenvolvido e introduzido pelo autor em 1978 como questionário de tolerância de Fagerström (FTQ). Em 1991, foi realizada a adaptação desse procedimento, que passou a se chamar Teste de Dependência à Nicotina, sendo validado no Brasil por Carmo & Pueyo⁽¹²⁾. É um

instrumento que tem demonstrado associação entre medidas bioquímicas relacionadas com a quantidade de cigarros usada, através das dosagens de cotinina plasmática, urinária e gás carbônico no ar expirado. Composto por um questionário de seis perguntas de escolha simples (Tabela 1).⁽¹⁰⁾

Tabela 1: Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina.

Anexo 1 - Ítem e pontuação para o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina).

Questão	Respostas	Pontos
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-40 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Você acha difícil abster-se da fumaça em lugares onde ele é proibido, por ex., na igreja, na biblioteca, no cinema, etc.?	Sim	1
	Não	0
3. Qual cigarro você mais adaria ter de largar?	0 primeiro pela manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros/dia você fuma?	10 ou menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ou mais	3
5. Você fuma mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma se estiver tão doente a ponto de ficar na cama a maior parte do dia?	Sim	1
	Não	0

Fonte: Utilização do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström como um Instrumento de Medida do Grau De Dependência, 2007.⁽¹⁰⁾

Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do grau de dependência de nicotina. Desta forma, uma pontuação entre 0 e 2 pontos classifica o indivíduo com um índice de dependência muito baixo; de 3 a 4 pontos com índice baixo; igual a 5 pontos com um grau de dependência médio; entre 6 e 7 pontos indica um grau elevado; e de 8 a 10 pontos, muito elevado. Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá algum desconforto – síndrome de abstinência – ao deixar de fumar. Fumantes que estão na faixa de elevado a muito elevado, que já tentaram parar de fumar e não conseguiram, principalmente os que tiveram síndrome de falta da droga, têm indicação de serem acompanhados por médico. Os de muito baixo a baixo grau de dependência, afora as questões psicológicas, que são individualizadas, têm todas as chances de largarem o vício sem nenhum acompanhamento médico, com grandes possibilidades de êxito. Os de médio grau de dependência à nicotina poderão tentar deixar sem acompanhamento médico e têm grandes chances de obterem sucesso. Se houver grandes dificuldades,

principalmente sintomas desagradáveis ao deixar de fumar, deverão procurar atenção médica.⁽¹³⁾

O objetivo do presente estudo foi analisar o grau de dependência de tabagistas que ingressaram no Ambulatório de Prevenção, Controle e Tratamento do Tabagismo do Hospital Universitário no ano de 2010, assim como verificar se existe uma associação entre o grau de dependência e as características sociodemográficas desses sujeitos, tais como gênero, idade, escolaridade, renda, estado civil, idade de início do uso do tabaco e tempo de exposição ao mesmo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo analítico, retrospectivo com abordagem quantitativa cuja coleta de dados foi baseada nas informações presentes nos registros dos prontuários eletrônicos, realizados pela equipe multiprofissional do Ambulatório de Prevenção, Controle e Tratamento e do Tabagismo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Esse ambulatório foi criado em 2007 com o objetivo de oferecer aos trabalhadores da instituição e à população de referência do Hospital Universitário prevenção, tratamento e controle ambulatorial do tabagismo através de abordagem interdisciplinar; além de capacitar profissionais e estudantes com objetivo de formar multiplicadores, assim como implantar a política de prevenção e controle do tabagismo no âmbito do HU.

Foram incluídos na pesquisa todos os sujeitos que ingressaram no ambulatório para tratamento de cessação do tabaco no período de janeiro a dezembro de 2010, que realizaram a consulta de avaliação clínica e estavam com seus dados registrados. Foram excluídos da pesquisa aqueles sujeitos cujos prontuários não possuíam informações relativas ao grau de dependência.

A amostra do presente estudo foi constituída de indivíduos atendidos no referido ambulatório, no ano de 2010, compreendendo o total de 78 tabagistas de ambos os gêneros.

A associação entre o grau de dependência da nicotina e as outras variáveis foi determinada pela análise bivariada e análise de múltiplas comparações com os testes estatísticos “Qui-Quadrado”, “Anova”, “Post Hoc Tests”, “Kruskal-Wallis”, através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0SPSS for Windows 15. A variável dependente foi o grau de dependência da nicotina e as variáveis independentes foram as sociodemográficas – gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda e o tempo de exposição ao tabaco.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, sendo aprovado com parecer de nº 068/2011. Se tratando de dados secundários, houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa.

RESULTADOS

Todos os sujeitos estudados residiam na cidade de Juiz de Fora (MG), houve predomínio do gênero feminino (66,6%), com média de idade de $47,8 \pm 10,7$ anos, cujo estado civil dominante foi o casado, e em relação ao nível instrucional, 59,2% declararam possuir instrução acima do ensino médio completo (Tabela 1).

Tabela 1: Características demográficas da amostra

Gênero	n	%
Feminino	52	66,67
Masculino	26	33,33
Total	78	100,00
Escolaridade		
Ens. Fund. Incompleto	14	18,40
Ens. Fund. Completo	8	10,50
Ens. Médio Incompleto	9	11,80
Ens. Médio Completo	34	44,70
Ens. Superior Incompleto	3	3,90
Ens. Superior Completo	8	10,50
Total	76	99,80
Estado Civil		
Casado	29	37,20
Solteiro	23	29,50
União estável	7	9,00
Separado/divorciado	15	19,20
Viúvo	4	5,10
Total	78	100,00

Fonte: Autores

O grau de dependência mais frequente nesse grupo foi o muito elevado 34,6%, seguido do elevado com 33,3% (Tabela 2).

Tabela 2: Grau de dependência medido pelo Teste de Fargeström

Grau de dependência	Pontos	n	%
Muito baixa	0-2	6	7,69
Baixa	3-4	9	11,54
Média	5	10	12,82
Elevada	6-7	26	33,33
Muito elevada	8-10	27	34,62
Total		78	100

Fonte: Autores

Em relação ao tempo de uso do tabaco, foi verificado que a média geral foi de $32,83 \pm 11,06$ anos, sendo maior no grupo de grau de dependência muito baixo a médio, $35,16 \pm 13,2$ anos. Já a idade média em que iniciaram o uso do tabaco foi de 15 ± 3 anos.

Para a análise da associação entre o índice de dependência e as variáveis sociodemográficas, em virtude da homogeneidade dos dados, o grau de dependência foi agrupado em três categorias, sendo elas os de tabagistas com baixa a média dependência, os com elevada e muito elevada dependência. Esta estratégia permitiu um aumento do poder estatístico do estudo, contudo, não houve associação estatisticamente significativa entre o índice de dependência e a variável gênero ($p = 0,981$), (Ver Tabela 3).

Tabela 3: Grau de dependência segundo gênero

Gênero	Grau de dependência						Total	
	Muito baixa a média		Elevada		Muito elevada		n	%
	N	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	8	30,8	9	34,6	9	34,60	26	100
Feminino	17	32,7	17	32,7	18	34,60	52	100
Total	25	32,1	26	33,3	27	34,6	78	100

Fonte: Autores

Em relação à idade de início do uso do tabaco, podemos afirmar que aqueles que tiveram início mais precoce apresentaram maior grau de dependência. Esse achado foi estatisticamente significativo ($p = 0,047$), considerando um IC de 95%. A média de idade de início foi de 14,27 e 14,67 anos respectivamente para o grupo de elevada e muito elevada dependência nicotínica (Tabela 4).

Tabela 4: Idade de início do uso do tabaco:

Grau de dependência	n	Idade Média	Desvio Padrão	p
Muito baixa a média	24	16,25	3,48	0,04
Elevada	26	14,27	2,97	
Muito elevada	27	14,67	2,46	
Total	77	15,03	3	

Fonte: Autores

O tempo acumulativo de uso da substância na população teve média igual a 32,83±11,08 anos, sendo que este foi maior que o tempo médio geral na categoria dos tabagistas de muito baixa a média dependência 35,16±13,20. O que sugere não ter associação com o tempo de exposição do tabaco neste estudo, pois a dependência elevada não estava relacionada a um maior tempo de uso ($p = 0,46/0,42$), (Tabela 5).

Tabela 5: Tempo de uso do tabaco em anos

Grau de dependência	n	Média	SD	P
Muito baixa a média	25	35,16	13,2	0,426
Elevada	26	31,23	8,8	
Muito elevada	27	32,83	11	

Fonte: Autores

DISCUSSÕES

Embora a prevalência do tabagismo no Brasil seja maior entre os homens, conforme evidenciado em pesquisas,^(1,2) os resultados do presente estudo mostram que maioria dos tabagistas que procurou atendimento para o tratamento da dependência da nicotina era do gênero feminino. Esse achado foi semelhante a outro estudo^(15,16), o que pode ser atribuído ao fato de as mulheres terem maior interesse em relação à sua saúde, e com isso buscam mais os serviços de saúde em comparação ao gênero masculino.

O estudo evidenciou que a dependência da nicotina foi bastante elevada, sendo que 70% da amostra estavam nas categorias de elevada e muito elevada dependência, o que se assemelha a resultados de outros estudos.^(8,17) Tal achado impõe desafios para o controle, prevenção e tratamento, tornando a abordagem ao tabagista um processo complexo e intensivo para se alcançar melhores resultados.

Tendo em vista os achados deste estudo, destaca-se também a importância de desenvolver estratégias que visam à prevenção do início do hábito de fumar, uma vez que houve relação significativa entre a idade de início e a dependência apresentada, na qual indivíduos que iniciaram a prática mais cedo, apresentaram maior grau de dependência. Estudo indica que quanto mais precoce a idade do início, maior a probabilidade de o indivíduo tornar-se dependente da nicotina.⁽¹⁸⁾ Outro estudo mostrou início precoce do uso do tabaco, cujo resultado revelou que 45% começaram a fumar até os 12 anos e 78%, antes dos 18 anos de idade.⁽⁷⁾ Isso se deve a valores culturais das gerações anteriores, relacionados ao uso do tabaco, além da falta de fiscalização na venda de cigarros a menores, o que configura ilegalidade e requer uma maior vigilância nesse sentido.

Com isso temos um grande impasse, executar o Programa de Controle do Tabagismo ainda que a atenção primária à saúde não tenha se efetivado totalmente com a Estratégia de Saúde da Família, visto que não há cobertura de 100% dos territórios e são grandes as disparidades loco-regionais num país como o Brasil.⁽¹⁴⁾ Fazer disso uma prioridade, um compromisso das instituições de saúde, assim como ampliar a rede de serviços aptos a identificar a população de maior vulnerabilidade e desenvolver ações para prevenção do uso do tabaco, ainda constitui um desafio para efetivação do Programa de Controle do Tabagismo.

Quanto ao estado civil, não houve influência do mesmo sobre o grau de dependência, apesar do predomínio de pessoas casadas na amostra estudada, não foi um fator para uma maior ou menor dependência neste estudo e em outro.⁽¹⁷⁾

Outra pesquisa aponta para uma associação entre piores condições econômicas e educacionais e a prevalência do tabagismo, a iniciação tabágica e a manutenção da dependência à nicotina.⁽⁸⁾ Neste estudo, aqueles que tiveram menores níveis de dependência possuíam maior renda *per capita*, ao passo que, na categoria de elevada e muito elevada dependência a renda *per capita* média foi menor.

Porém, não houve associação significativa do ponto de vista estatístico para afirmar essa relação de dependência com condições econômicas⁽⁸⁾.

Em contrapartida, um estudo realizado com idosos institucionalizados avaliou a associação entre o nível de dependência e a renda, o qual houve uma correlação significativa ($p = 0,003$) demonstrando que tabagistas com baixa renda tem maior dependência do tabaco.⁽¹⁷⁾

Já em relação à escolaridade, em nosso estudo 59,2% dos participantes declararam possuir 11 ou mais anos de estudo, sendo que destes, predominou indivíduos com nível de dependência muito elevada (35,6%), e não houve uma associação importante. No entanto, uma pesquisa demonstrou correlação entre escolaridade e dependência ($p = 0,001$), em que a dependência à nicotina diminuiu em proporção inversa ao número de anos de escolaridade.⁽¹⁷⁾

Os resultados evidenciam que a alta dependência foi mais comum que a baixa dependência. Esse achado sugere que a dependência à nicotina tende a aumentar com a idade e que isso pode ser explicado pela longa duração de exposição a essa substância. Entretanto, a relação do tempo de uso do tabaco com o grau de dependência não obteve resultado estatisticamente significativo ($p = 0,426$), apesar de o tempo médio de exposição encontrado de $32,83 \pm 11,06$ anos ser um tempo considerável, nossos resultados são divergentes, haja vista que aqueles que tiveram maior tempo médio de uso estavam no grupo de mais baixa dependência⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Uma limitação do estudo, que impediu que obtivéssemos melhores resultados e com significância estatística foi a amostra pequena do estudo. Além disso, a carência de achados na literatura impossibilitou uma discussão mais aprofundada das variáveis em questão.

CONCLUSÃO

A maior parte dos fumantes que procurou o serviço especializado para tratamento da cessação revelou alto grau de dependência física da nicotina.

Além disso, o início precoce do hábito influenciou para que o indivíduo apresentasse uma maior dependência à nicotina, conforme o Teste de Fagerström. Tal fato aponta para a necessidade de voltar às ações de saúde para a prevenção do início da prática tabagista tanto de um modo geral, como para os grupos de maior vulnerabilidade.

Mais estudos precisam ser realizados para subsidiar/nortear as políticas de controle de uso do tabaco, possibilitando ampliar o foco das ações de modo a se alcançar uma mudança política, cultural e social relacionada ao comportamento de fumar, uma vez que a abordagem dos profissionais de saúde aos tabagistas tem sido questionável. Com isso, podemos alcançar um melhor padrão de saúde para a população brasileira, com a redução da morbi-mortalidade relacionada ao tabaco.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCA)/ Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf (acesso em: 16 de julho de 2011)
2. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Costa e Silva VL, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil. Washington: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial; 2007: 3-4.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tabagismo: dados e números. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.html> (acesso em: 16 de julho de 2011)
4. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Convenção – Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov>

- br/inca/Arquivos/convencao_quadro_texto_oficial.pdf (acesso em: 16 de julho de 2011)
5. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em:(http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf). Acesso em: 10 de julho de 2011.
 6. Echer IC, et al. A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2008;4(29):570-7.
 7. Falcão TJO, Costa ICC. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. *JBrasPneumol.* 2008;2(34):91-7.
 8. Caram LMO, et al. O perfil dos fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J BrasPneumol.* 10(35): 980-85.
 9. Otero UB, Perz CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública.* 2006;2(22):439-449.
 10. Pietrobon RC, Pietrobon JN, Manfroi WC. Utilização do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström como um Instrumento de Medida do Grau De Dependência. *Rev HCPA.* 2007;27(3):31-6.
 11. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Neto IC, Santos VA, Martins G. Análise da Utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como Instrumento de Medida da Dependência Nicotínica. *J Pneumol.* 2002; 28(4)180-6.
 12. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *BR J Addict.* 1991;86(9):1119-27.
 13. Lamers R.. Correlação entre o Índice de Dependência de Nicotina e Lesões de Mucosa Oral nos Índios Guarani Kaiowá / Nandeva. Dissertação. Mato Grosso 2007. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/3155/1/2007_FernandoLamers.pdf (acesso em: 17 de julho de 2011)
 14. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas> (acesso em 07 de março de 2012.)
 15. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(3):565-74.
 16. Pinheiro RS, Sobrino R, Viacava F, Travassos C., Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):687-707.
 17. Luppi CHB, Alves MVMFF, Godoy I, Padovani CR.. Perfil Tabágico Segundo Teste de Dependência em Nicotina. *Rev. Ciênc. Ext.* 2008;1(4)95.
 18. Wünsch Filho V, Mirra AP, López RV, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(2):175-87.
 19. Carvalho AA, Gomes L, Loureiro AML. Smoking in elderly patients admitted to long-term care facilities. *J BrasPneumol.* 2010;36(3):339-46.
 20. Stuchi RAG, Carvalho EM. Crenças dos Portadores de Doença Coronariana, Segundo o Referencial de Rokeach, Sobre o Comportamento de Fumar. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003;11(1):74-9.