

Actitud ante el tabaquismo de funcionarios fumadores y no fumadores de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil: análisis comparativo de fumadores y no fumadores

S.A. Ribeiro^a, D. Pérez^b y J.R. De Brito Jardim^c

^aProfesora Adjunta Doctora de la Disciplina de Medicina Preventiva Clínica del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de São Paulo. ^bMédico, posgrado en Neumología de la Disciplina de Neumología de la Universidad de São Paulo. ^cProfesor Adjunto Doctor de la Disciplina de Neumología y Jefe de la Disciplina de Neumología de la Universidad Federal de São Paulo.

OBJETIVOS: Estudiar aspectos puntuales de un programa de prevención del tabaquismo en la Universidad de São Paulo, mencionando la actitud y el pensamiento de los funcionarios fumadores y no fumadores, a fin de obtener una propuesta mayoritaria para injerto de un programa antitabaquismo en la institución.

MÉTODO: Fue aplicado un cuestionario confidencial auto-explicativo con 51 preguntas de múltiples opciones y se obtuvieron respuesta en 2.613 (48,6%) de los funcionarios, profesores, residentes, enfermeras y alumnos.

RESULTADOS: Del total de participantes en el estudio eran fumadores 438 (16,8%) y ex fumadores 456 (17,5%). El inicio del tabaquismo se dio entre los 11 y los 20 años en el 84% de los casos. Las edades donde prevaleció el mayor número de fumadores fue entre 31 a 40 años, siendo por encima de los 60 años mayor la prevalencia para ex fumadores. Los individuos que fuman en el trabajo representan el 78%. Fumadores y no fumadores han relatado algún tipo de rechazo en relación al humo del cigarrillo, principalmente el olor en las ropas y en el cabello (62,7% de respuestas de fumadores frente a 59% de respuestas de no fumadores, NS). En el grupo de no fumadores, el 37,5% se decantó por la prohibición total del humo en el ambiente de trabajo frente al 10% de los fumadores ($p < 0,05$). Por otro lado, el 82,8% de los fumadores concordaron restringir locales específicos para el humo, frente al 59% de las opiniones de los no fumadores ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: Creemos que pesquisas como éstas deban ser realizadas en todas las instituciones, especialmente en áreas de salud, a fin de que la implementación de políticas restrictivas al uso de tabaco tenga éxito y sea respaldada por la mayoría de los funcionarios fumadores o no. En fases preliminares, sobre la base de nuestros resultados, se aconsejó crear locales restringidos para los fumadores y, posteriormente, con el desarrollo de la campaña institucional antitabaquismo, se llegó a la prohibición total del tabaco en el ambiente de trabajo.

Palabras clave: Fumadores. No fumadores. Ambiente de trabajo.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 385-389)

Comparison of attitudes toward smoking of smoking and non-smoking employees of the Federal University of Sao Paulo, Brasil.

OBJECTIVE: To study the attitudes toward smoking of employees of the Federal University of Sao Paulo as a step toward implanting a consensualized anti-smoking program for the institution.

METHOD: We designed and distributed anonymous, self-completed questionnaires with 51 multiple-choice questions, which were returned by 2,613 (48.6%) employees, professors, medical residents, nurses and students.

RESULTS: Four hundred thirty-eight (16.8% of the population) of the respondents were smokers and 456 (17.5%) were non-smokers. For 84% smoking started between the ages of 11 and 20 years. Most smokers were between 31 and 40 years of age, and the prevalence of ex-smokers was highest in respondents over the age of 60. Seventy-eight percent of the smokers smoked at work. Both smokers and non-smokers reported some type of discomfort caused by cigarette smoke, mainly smell in clothes and hair (62.7% of smokers versus 59% of non-smokers, NS). The proportion who opted for a totally smoke-free environment was 37.5% among non-smokers and 10% among smokers ($p < 0.05$). Restrictions on smoking in specific places, on the other hand, met with the approval of 82.8% of smokers and 59% of non-smokers ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: We believe that surveys such as this one should be carried out at all institutions, particularly in health care centers, in order to assure that smoking restriction policies are successful and receive the support of most employees, whether they smoke or not. Our data suggest the advisability of creating restricted-smoking zones in the early phase of an institutional anti-smoking campaign designed to lead to a totally smoke-free workplace environment.

Key words: Smokers. Non-smokers. Workplace environment.

Correspondencia: Dra. S. Aparecida Ribeiro,
Rua Pedro de Toledo, 675,
Vila Clementino, São Paulo, Capital, CEP: 04023-062.

Correo electrónico: sandrarib@medprev.epm.br

Recibido: 10-11-98; aceptado para su publicación: 2-3-99.

Introducción

Fumar es uno de los principales problemas de salud pública mundial. Se trata de una epidemia que viene creciendo, estimándose que para el año 2020, 10 millones de muertes serán debidas a patologías relacionadas

con el tabaquismo¹. Cuando un país construye una férrea empalizada contra el tabaquismo mediante leyes adversas, programas educativos y preventivos, se verifica que las compañías de tabaco emigran hacia otros países menos estructurados en esa lucha¹.

El inicio a esta adicción ocurre en jóvenes manipulados por propagandas ligadas al "éxito personal", verificándose también una prevalencia aumentada en el sexo femenino¹.

Varios trabajos prueban que fumar es nocivo, relacionándose con una mortalidad precoz²⁻⁴. Un estudio prospectivo realizado durante más de 40 años con 35.000 médicos ingleses, en su más reciente publicación demuestra que la mitad de los fumadores mueren por causas directamente relacionadas con el tabaco. Fumadores que murieron entre los 35 y 65 años perdieron, de media, 22 años de vida, y los que vivieron más allá de los 69 años perdieron cerca de 8 años de vida debido al tabaco⁵.

Sus efectos adversos se extienden también a los no fumadores expuestos al humo del tabaco, en todos los períodos etarios. Existen repercusiones en el feto en su desarrollo intrauterino, constatándose un déficit ponderal, y en el niño mayor una incidencia de infecciones respiratorias y broncospasmo⁶. Las esposas de fumadoras tienen también mayor riesgo de contraer cáncer de pulmón, en relación a las esposas de no fumadores⁷. Además, los fumadores pasivos tienen mayor incidencia de infarto de miocardio que los no fumadores, no expuestos al humo del tabaco^{8,9}.

En los años noventa, aproximadamente el 25% de las muertes en los países industrializados fueron debidas al humo. En estos países, en edades comprendidas entre 35 y 69 años, el humo es responsable del 40-45% de todas las muertes por cáncer, del 90-95% de las muertes por cáncer del pulmón, del 75% de las muertes por dolencias pulmonares obstructivas crónicas y del 35% de las muertes por dolencias cardiovasculares.

En algunos países, como Sudáfrica, donde más del 50% de los hombres jóvenes son fumadores, o Francia y España, donde más del 40% de los jóvenes con 18-24 años fuman, el futuro puede dispensar un gran número de muertes atribuidas al uso del tabaco¹.

Pesquisas recientes señalan la importancia científica de la instalación de un programa nacional para el control del tabaquismo, que haga disminuir rápidamente la morbimortalidad producida por enfermedades cardiovasculares y, a medio plazo, reduzca la incidencia de cáncer, principalmente pulmonar.

Esta lucha se lleva a cabo en varios ámbitos: internacional, federal, estatal, municipal, empresarial e institucional. En todas las ocasiones se requiere una investigación previa para verificar cuál es la incidencia real de fumadores en una determinada población, considerando ciertas variables como el sexo, el grado de instrucción, etc., así como también la instauración de un óptimo programa de prevención del tabaquismo.

Las instituciones sanitarias deben preservar la salud de sus pacientes. Siendo el humo del cigarrillo la mayor causa de muertes prematuras prevenibles hoy día, los profesionales sanitarios deben estar sensibilizados acer-

ca de los perjuicios del tabaco y sus claras responsabilidades en la prevención del tabaquismo, inclusive protegiendo a los pacientes de los efectos del tabaquismo pasivo.

El objetivo de este trabajo fue verificar esos aspectos puntuales de la lucha antitabaquismo dentro de un hospital universitario, mencionando principalmente la actitud y el pensamiento de los funcionarios fumadores y no fumadores de dicha institución respecto al tabaquismo, incluyendo en este último ítem una propuesta mayoritaria de injerto de un programa de prevención del tabaquismo.

Material y métodos

El estudio fue realizado en la Universidad Federal de São Paulo (Escuela Paulista de Medicina/UNIFESP) donde trabajan 5.810 personas, que fueron insertadas en 5 categorías: funcionarios, alumnos, docentes, enfermeras y médicos residentes.

Fue aplicado un cuestionario confidencial autoexplicativo con 51 preguntas de respuestas de múltiples opciones, dividido en 4 partes: la primera, abordaba aspectos demográficos, grado de instrucción, función en el hospital y hábito tabáquico; la segunda, evaluaba la actitud personal en relación a fumar en el trabajo; la tercera, respondida sólo por fumadores, evaluaba el grado de dependencia, la motivación para dejar de fumar y el número de tentativas para el abandono del tabaco, y la cuarta, respondida sólo por ex fumadores, abordaba la eventual anterior dependencia del tabaco.

La distribución de cuestionarios fue hecha mediante las secretarías de los departamentos, disciplinas y/o sectores, destinándolos a cada uno de sus miembros y siendo recogidos después de 2-3 días por uno de nuestros monitores. Los alumnos respondieron al cuestionario durante los intervalos de clases.

Se obtuvo un total de 2.613 cuestionarios respondidos (48,6%).

Los resultados fueron analizados por el SPSS4 y la significación de la diferencia entre dos categorías fue dada por el test de la χ^2 , siendo considerado un límite del 5% para el rechazo de la hipótesis nula.

Resultados

Se obtuvieron 2.613 cuestionarios respondidos (48,6%) entre funcionarios, alumnos, docentes, enfermeras y médicos residentes. De estos cuestionarios, 438 (16,8% del total) fueron rellenados por fumadores (16,1% varones y 17,1% mujeres) y 457 (17,5% del total) por ex fumadores (24,3% varones y 18,1% mujeres).

La media de edad de la población total fue de 32,6 años. La media de edad obtenida para los fumadores fue de 34,9 años y para los ex fumadores de 31,2 años. El inicio del tabaquismo se dio entre los 11 y 20 años para el 84% de los fumadores y ex fumadores.

Respecto al conocimiento de las enfermedades asociadas al tabaco por los fumadores, hubo gran variabilidad de respuestas en las diferentes categorías (tabla I).

Las edades donde prevalece el mayor número de individuos fumadores fueron entre 31 y 40 años (26,6%) y la prevalencia de ex fumadores crece con la edad, llegando al 45,5% en individuos con más de 60 años. El

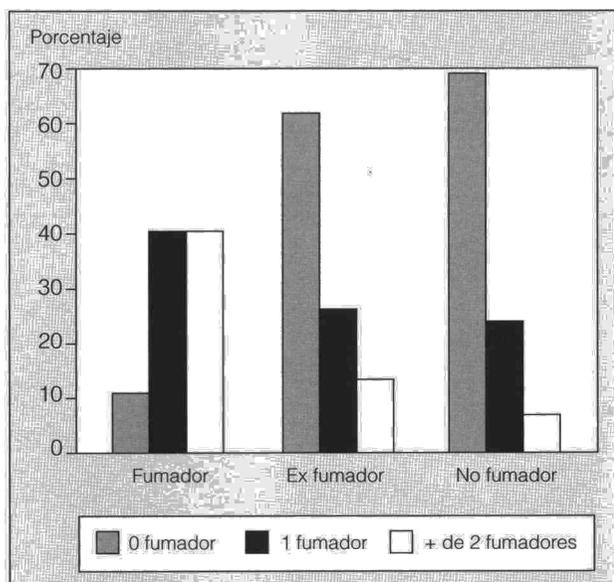


Fig. 1. Porcentaje de personas fumadoras en domicilios de fumadores, no fumadores y ex fumadores.

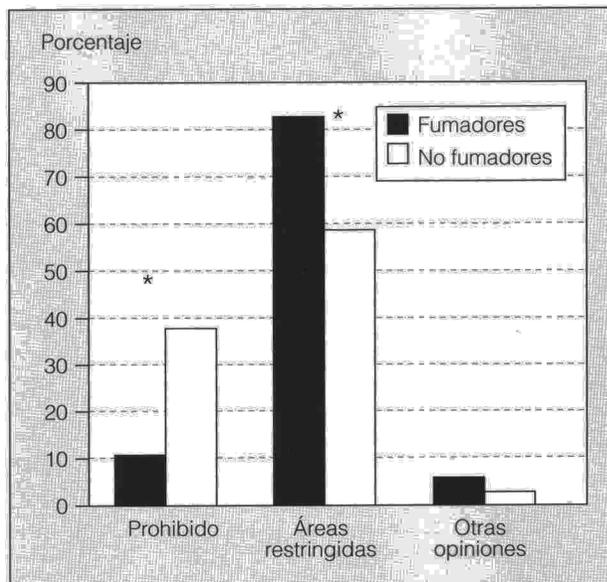


Fig. 2. Porcentaje de respuestas de fumadores y no fumadores en cuanto al permiso o no de fumar en el ambiente de trabajo. *p<0,05.

porcentaje de ex fumadores fue significativamente mayor que los fumadores en los grupos etarios de 41 a 50, 51 a 60 y mayores de 60 años ($p = 0,0001$, $p = 0,0001$ y $p = 0,003$, respectivamente).

El análisis de prevalencia de fumadores, por grupo etario y por sexo, señaló que en el grupo etario de 41 a 50 años las mujeres fuman significativamente más que los varones ($p = 0,024$). En los otros grupos etarios no hubo diferencia estadísticamente significativa entre sexos.

En cuanto al grado de instrucción, verificamos que a medida que ésta es más avanzada, mayor es el número de ex fumadores y menor el de fumadores.

Cuando analizamos el domicilio de los fumadores, notamos que es mayor el porcentaje de personas que fuman en domicilios de fumadores que en domicilios de no fumadores y ex fumadores (fig. 1).

Verificamos que el 78% de los fumadores fuman en el trabajo, el 84% fuman en casa, el 23% en lugares prohibidos (lugares públicos, elevadores, etc.) y el 50% lo hacen aún estando enfermos. Con respecto a la prohibición total de fumar en el trabajo o sobre la habilitación de áreas restringidas para fumadores, verificamos

que los fumadores estuvieron más a favor de una política de locales restrictivos (82,8 frente al 59% de las respuestas de los no fumadores) que los no fumadores, que estuvieron más a favor de una política de prohibición total del humo en el ambiente de trabajo (37,5 frente al 10% de las respuestas de los fumadores). Las diferencias de las respuestas entre fumadores y no fumadores fueron significativamente diferentes ($p < 0,05$) (fig. 2). El porcentaje de personas que optó por áreas restringidas fue mayor que el grupo que prefería la prohibición total en el trabajo, siendo significativamente diferente de las respuestas brindadas por no fumadores. Además, los ex fumadores y no fumadores se mostraron más preocupados que los fumadores por la posibilidad de constituirse en fumadores pasivos.

La mitad de los fumadores referían síntomas respiratorios, siendo los más frecuentes: sibilantes (73,4%), catarro (70,9%), sensación de falta de aire (52,9%), carraspeo (49,3%) y cansancio fácil (41,7%). De los fumadores, el 65,4% habían intentado dejar de fumar sin éxito, volviendo el 77% de este grupo a fumar a los tres primeros meses del abandono. Un aspecto trascendental fue que el 55% de los fumadores estaban dispuestos a

TABLA I
Porcentaje de respuestas positivas de fumadores entre las diferentes categorías en la UNIFESP, relacionando tabaco con enfermedades (1996)

	Cáncer de pulmón	Bronquitis/ enfisema	Cáncer de laringe	Enfermedad vascular periférica	Infarto/ angina	Recién nacido de bajo peso	Úlcera	Hipertensión arterial	Cáncer de esófago	Accidente vascular cerebral	Cáncer de vejiga	Cáncer de páncreas	Arrugas
Docentes	95	87	76	75	75	73	64	60	51	51	20	16	42
Alumnos	91	79	84	50	73	67	49	50	74	47	27	28	55
Enfermeras	90	85	85	70	85	70	70	65	55	50	35	15	60
Residentes	100	100	100	89	100	89	56	78	78	78	56	33	56
Funcionarios	80	60	56	38	47	56	52	38	38	33	13	11	38
Total	91	82	80	64	76	71	58	65	59	52	30	21	50

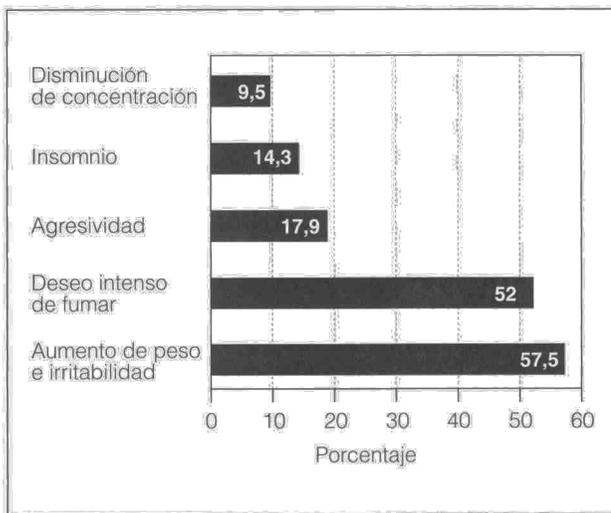


Fig. 3. Porcentaje de síntomas frecuentemente relacionados por los ex fumadores después del abandono del tabaquismo.

dejar de fumar en los próximos seis meses, y el 45% de ellos consideraron necesario algún tipo de ayuda para lograrlo.

La mayoría de los ex fumadores (36%) abandonó el hábito de forma súbita. El método más usado para dejar de fumar fue la propia voluntad (84%) y la mayoría consideró que dejar de fumar fue más fácil de lo esperado, no tendiendo a recaer. Los motivos más frecuentemente señalados para el cese del tabaco entre los ex fumadores fueron: la protección de la salud, la comprensión de los riesgos para la salud a través de la experiencia profesional y la influencia de la familia.

Entre los ex fumadores se verificó que cuanto mayor fue el tiempo de tabaquismo, más síntomas se presentaron inmediatamente después de dejar el hábito, siendo los más frecuentes el aumento de peso, la irritabilidad y el deseo intenso de fumar (fig. 3).

De entre los individuos fumadores, el 59% encontraron muy valioso obtener más información sobre el riesgo para la salud y métodos sobre cómo dejar de fumar.

Discusión

En el Brasil tenemos una prevalencia de fumadores de más de 15 años de edad del 39,9% para varones y del 25,4% para mujeres^{10,11}. Todavía resta vencer algunas barreras: a) tenemos cerca del 20% de médicos fumadores¹², porcentaje que en los países desarrollados está por debajo del 5%^{13,14}; b) no hay una valoración del tabaquismo como enfermedad que precise tratamiento, y c) un gran número de instituciones de salud en el país todavía no han restringido el consumo de derivados tabáquicos en sus dependencias. Por todo eso creemos que el punto de partida para iniciar acciones educativas de prevención primaria es a través de las unidades de salud, tornándolas libres de polución tabáquica, estimulando a los profesionales de salud¹⁵⁻¹⁷ a dejar de fumar, incluyendo el tratamiento contra el tabaquismo en las consultas de rutina.

En los grupos etarios más avanzados de la Universidad Federal de São Paulo, verificamos que ocurre una reducción del tabaquismo y los individuos abandonan el hábito por concienciación personal o porque ya presentan alguna enfermedad asociada al tabaco¹⁸. Más aún, la prevalencia de fumadores en el grupo etario de 31 a 40 años es muy alta, llegando al 26,6% y verificándose una prevalencia significativamente más alta en el sexo femenino para el grupo etario de 41 a 50 años, lo cual refleja una tendencia internacional creciente de las prevalencias del tabaquismo en mujeres que, en algunas situaciones, es mayor que la de los varones.

Determinadas familias tienden a concentrar mayor número de fumadores. Por motivos obvios el ejemplo domiciliario es importante y genera permisividad para que los hijos se tornen o no fumadores en la vida adulta (fig. 1).

Creemos que toda política antitabaquismo, para ser implementada de forma institucional, debe tener una participación activa y el apoyo de todos los sectores de la institución, inclusive de los fumadores^{19,20}. La pregunta de cómo debería ser la prohibición de fumar en el trabajo reveló que los fumadores prefieren que sean creados locales restringidos al humo, en una fase inicial, lo que no imposibilita la total prohibición de fumar en el ambiente de trabajo posteriormente (fig. 2). Además, la mayoría de los fumadores se mostraron interesados en abandonar el hábito y los no fumadores estuvieron muy preocupados acerca de la exposición pasiva al humo del cigarrillo.

En la fase de locales restringidos para fumar, se podrá crear una mayor concienciación del fumador para las etapas siguientes, como la total prohibición de fumar, evitándose el incumplimiento de las normas establecidas¹⁹.

El escaso desarrollo de actividades específicas durante el entrenamiento médico o de posgraduación han sido frecuentemente citados como una de las causas de la poca importancia dada a las actividades preventivas en la práctica médica actual. Basta comprobar que en los Estados Unidos, a pesar del conocimiento sobre los efectos adversos del tabaco que posee la mayoría de los profesionales, el porcentaje de médicos que se hallan en condiciones para aconsejar a sus pacientes dejar de fumar es de apenas el 58%²¹.

Las experiencias positivas en varios países con políticas para el control del tabaquismo y su repetida demostración de efectividad²² debería estimular a los países que están frecuentemente contemplando la implementación de estas políticas de salud. Para eso, hay que trabajar en muchas áreas: restringiendo la publicidad, aumentando los costes del producto, creando programas educativos y de cese, modificando la cantidad y calidad de las sustancias tóxicas contenidas en el cigarrillo, advirtiendo acerca de los peligros del uso del tabaco, sustituyendo el cultivo del tabaco por otros, creando y haciendo cumplir leyes que impidan el uso del cigarrillo en los medios de comunicación y locales públicos, y protegiendo el derecho de los no fumadores.

En esta década la implementación de ambientes totalmente libres del tabaco en locales de atención a la salud

fue muy bien recibida, y en varios hospitales americanos hubo una mejor sociabilización entre los profesionales, así como una mejoría de sus calidades de vida y salud, con reducción de costes^{23,24}. En estos estudios, cuanto mayor es el tiempo de programa antitabáquico, mayor es su efectividad²⁵⁻²⁷. Después de la implementación de la política para la prevención del tabaquismo, se verificó una disminución de la prevalencia de profesionales fumadores, y en los que continuaron fumando, hubo una reducción de la cantidad de cigarrillos fumados por día. También hubo una menor frecuencia de fumadores entre los nuevos empleados admitidos.

La continuidad de programas y de la evaluación sobre el pensamiento de las personas que participan de la institución en relación a fumar en el ambiente de trabajo y sus efectos para la salud es de fundamental importancia hasta que se consiga que la institución quede libre del tabaquismo, sirviendo de ejemplo a los pacientes y a la comunidad en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Ginebra, Suiza, 495 p.
2. US Public Health Service: Smoking and Health. A Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. PHS Publication N.º 1103. Washington, DC: US Government Printing Office, 1964.
3. US Department of Health and Human Services: reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Pub. N.º. (CDC) 89-8411, 1989.
4. US Department of Health and Human Services: Smoking, Tobacco and Cancer Program 1985-1989 Status Report. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institutes. NIH Publication N.º 90-3107, 1990.
5. Doll R, Peto R et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observation on male British doctors. Br Med J 1994; 309: 901-910.
6. Chilmoneyck BA, Knight GJ, Pulomaki GE et al. Environmental tobacco smoke during infancy. Am J Public Health 1990; 80: 1.205.
7. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and lung cancer. Br Med J 1997; 315: 980-988.
8. Dobson AJ, Alexander HM, Heller RF, Lloyd DM. Passive smoking and the risk of heart attack or coronary death. Med J Aust 1991; 154: 793-797.
9. Wells AJ. Passive smoking as a cause of heart disease. J Am Coll Cardiol 1994; 24: 546-554.
10. IBGE. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: dados preliminares. Rio de Janeiro, 1989.
11. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Contrtole do tabagismo: um desafio. Rio de Janeiro: 1991; 12-13.
12. Rigatto M. Os médicos e o tabagismo [editorial]. J Pneumol 1990; 16 (1): 3-4.
13. Samuels N. Smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Public Health 1997; 111: 285-288.
14. Remington PL, Forman MR, Gentry EM, Marks JS, Hogelin GC, Trowbridge FL. Current smoking trends in the United States. JAMA 1984; 253: 2.975-2.978.
15. Mengual Luque P, Prula de Torres LA, Redondo Sánchez J, Roldán Villalobos A, Prada Vigil A, Martínez de la Iglesia J et al. Evolución del consumo y actitud ante el tabaco de los médicos del hospital regional Reina Sofía. Córdoba. Gac Sanit 1996; 10 (52): 18-24.
16. Allaz AF, Schaud L, Rougemont A. Prevalence du tabagisme chez le personnel hospitalier et les futurs enseignants. Soz Präventiv-med 1992; 37(3): 131-135.
17. Serra Batles J, Comella A, Casas JC, Bruges J. Estudio del hábito tabáquico en un hospital general Rev Clin Esp 1991; 189: 29-33.
18. Ribeiro SA, Jardim JRB, Laranjeira R, Alves AKS, Kesselring F, Fleissig I, et al. Prevalência do tabagismo na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil, 1996. Dados preliminares de um programa institucional. Revista da Associação Médica Brasileira 1999; 45 (1): 39-44.
19. Laranjeira R, Ferreira MP. Como criar um hospital livre de cigarros. Rev Ass Med Brasil 1997; 43 (2): 169-172.
20. Petty TL, Nett LM. How to help your patient stop smoking What works and what doesn't work. Seminars in respiratory and critical care medicine. Vol. 16, n.º 2, 1995.
21. Hussain SF, Tjeder-Burton S, Campbell IA, Davies PD. Attitudes to smoking and smoking habits among hospital staff. Thorax 1993; 48: 174-175.
22. Kottke TE, Battista RN, DeFriesse GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA 1988; 259: 2.882-2.889.
23. Dawley HH, Burton MC. Smoking control in a hospital setting. Addictive Behaviors 1985; 10: 351-355.
24. Hurt RD, Berge KG, Olford KP, Leonard DA, Gerlach DK, Renquist CL, O'Hara MR. The making of a smoke-free Medical Center. JAMA 1989; 261: 95-97.
25. Longo DR, Brownson RC, Johnson JC, Hewett JE, Kruse RL, Novotny et al. Hospital smoking bans and employee smoking behavior. JAMA 1996; 274: 1.252-1.257.
26. Olford KP, Hurt RD, Berge KG, Frusti DK, Schmidt L. Effects of the implementation of a smoke-free policy in a Medical Center. Chest 1992; 102: 1.531-1.536.
27. Stillman FA, Becker DM, Swank RT, Hantula D, Moses H, Glantz S et al. Ending smoking at the Johns Hopkins Medical Institutes. JAMA 1990; 264: 1.565-1.569.