

ARTIGO ORIGINAL

# Desabitução tabágica: que estratégias?

## Ponto de vista de um grupo pluridisciplinar e resultados do seu trabalho na Consulta de Desabitução Tabágica do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra

JOÃO QUENTAL\*, RUI PATO\*\*, NUNO QUINTAL\*\*\*

Equipa da Consulta de Desabitução Tabágica  
do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra

### RESUMO

Os Autores depois de fazerem algumas considerações sobre as campanhas antitabágicas e defenderem estratégias de acção mais amplas e mais humanas neste domínio, apresentam um modelo de intervenção e os resultados de três anos de trabalho da Consulta de Desabitução Tabágica do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra.

**Palavras-chave:** Tabaco, intervenção, psicofisiológico, social, modelo psicológico.

### SUMMARY

After making some considerations about antismoking campaigns and defending a more ample and humane intervention in this area, the authors present a model for intervention as well as the results of a 3 year

\* Psicólogo Clínico

\*\* Pneumologista

\*\*\* Cardiologista

Recebido para publicação em 95.9.15

Aceite para publicação em 95.11.3

study done in the outpatient clinic for tobacco-withdrawal in Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra.

Key-words: Tobacco, intervention, psychophysiological, social, model psychological.

## INTRODUÇÃO

São do conhecimento público (conhecidas e sentidas por parte dos fumadores) as campanhas antitabágicas que ultimamente têm sido efectuadas numa tentativa de resolver ou pelo menos atenuar o flagelo que o tabaco constitui para a saúde pública.

Contudo, tais campanhas parecem não ter alcançado o objectivo desejado, designadamente no que se refere à desabituação tabágica, pois embora se assista em termos globais a uma ligeira diminuição dos fumadores, regista-se um aumento no sexo feminino, em especial no grupo etário dos 25 aos 34 anos (1), o que não será menos preocupante dada a sua relação vital com os filhos.

Este trabalho iniciará pois, com uma breve reflexão sobre as referidas campanhas, dando conta de algumas das suas limitações.

De seguida, e defendendo que toda acção que vise modificar comportamentos não deverá ser coercitiva nem ser apresentada pela negativa, damos conta da necessidade de se desenvolverem outras estratégias mais eficazes, criando e preparando, para o efeito, Equipas nos Centros de Saúde para a Ajuda/Apoio à Desabituação Tabágica. É que, nenhum fumador actualmente desconhece que o tabaco prejudica gravemente a saúde (pois os próprios maços de tabaco disso dão conta) não nos parecendo porém, que tal conhecimento, por si só, tenha feito reduzir o consumo.

Finalmente, será apresentado um modelo de intervenção no Processo de Desabituação Tabágica, seguido dos resultados de três anos de trabalho da Consulta de Desabituação Tabágica do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra (C.H.C.).

## CAMPANHAS ANTITABÁGICAS E SUAS LIMITAÇÕES

Conhecidos que são os efeitos nefastos do tabaco nomeadamente em termos de saúde pública e a estreita relação com o estilo de vida das pessoas, dando origem a um elevado índice de mortalidade e morbidade (2), torna-se cada vez mais importante o desenvolvimento de acções neste domínio, nas quais todos os profissionais de saúde deveriam colaborar.

De facto, os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, deveriam ser os primeiros a agir contra tal flagelo, alterando por um lado os seus próprios hábitos tabágicos e por outro, sensibilizando a população, no decurso da sua actividade profissional, para os benefícios da desabituação tabágica. Tanto mais que os custos elevados dos cuidados de saúde têm fomentado o interesse da medicina e da psicologia na prevenção da doença (3). Existem vários trabalhos publicados que demonstram que a intervenção médica, mesmo a não especializada, orientada para a ajuda daqueles que pretendam deixar de fumar, consegue, só por si, resultados, positivos superiores a 10% ao ano (4).

Não queremos com isto, subvalorizar as campanhas ou estratégias antitabágicas que ultimamente se têm efectuado, nomeadamente no que diz respeito à proibição de fumar em determinados locais, ao aumento do imposto sobre o tabaco, à divulgação dos seus malefícios, etc., porque pensamos que estas campanhas, para além de defenderem os não fumadores, têm um efeito muito importante na prevenção primária.

Contudo, a nível da prevenção secundária, tais campanhas aplicadas como o têm sido, de uma forma

indiscriminada e efectuada pela negativa (realçando apenas os malefícios do tabaco e não os benefícios da desabitação dos fumadores), e sem darem a conhecer as Instituições ou Serviços onde os fumadores podem obter ajuda para deixar de fumar, parecem-nos não contribuir para os fins em vista, mas para aumentar a ansiedade, a irritabilidade, diminuir a qualidade de vida dos fumadores e, conseqüentemente, terem efeitos contrários aos que se procuram alcançar com as mesmas.

Estas campanhas parecem-nos ainda não abranger a verdadeira dimensão humana do problema que, quanto a nós, urge denunciar e integrar para um real e efectivo combate ao tabagismo. É que alguns fumadores, sobretudo os mais dependentes do tabaco e com maior fragilidade psicológica, sentem-se profundamente atingidos, muitas vezes até marginalizados por colegas e amigos, entrando em conflito consigo e com os que os rodeiam. Existindo outros que, ao sentirem necessidade de deixar de fumar e ao fazê-lo sem ajuda de um profissional de saúde especializado, começam a desenvolver comportamentos não menos prejudiciais em termos pessoais, familiares ou sociais cujas conseqüências não serão menos preocupantes.

Na verdade, estudos sobre o efeito das referidas campanhas apontam para a necessidade de se desenvolverem esforços para a realização de acções contínuas de esclarecimento não apenas sobre os aspectos legais e sociais do tabagismo, mas também sobre os aspectos médicos (1).

Se pensarmos ainda no que representa o tabaco para grande parte dos fumadores, e na dependência que o mesmo provoca, pois "o tabaco pode originar uma dependência ainda mais forte que o álcool ou a heroína, e o seu uso é uma habituação igualmente difícil de quebrar" (5), somos levados a concluir que se torna necessária uma acção antitabágica mais holística e mais técnica, exigindo um conjunto de esforços pluri-institucionais e pluri-disciplinares, possibilitando uma ajuda individualizada aos fumadores que a venham a necessitar para deixarem de fumar.

Tal acção torna-se tão ou mais pertinente quanto

é certo que a mera exposição à informação e/ou proibição raramente faz alterar comportamentos, impondo-se isso sim, a modificação do "universo de significância" individual, mudança essa que permita alterar a "selecção perceptiva" do indivíduo de modo a que os estímulos do meio ambiente se repercutam no comportamento individual (2).

Para além disso, e de acordo com outros autores, tão ou mais importante que o indivíduo deixar de fumar é que este compreenda e assuma a responsabilidade pela sua saúde (3).

### ESTRATÉGIAS DE ACÇÃO A DESENVOLVER

Como deixamos já antever, as campanhas antitabágicas deveriam integrar estratégias de acção mais viradas para a desabitação tabágica, começando por sensibilizar/motivar os profissionais de saúde, principalmente os médicos de família, para este problema (Ex. não fumar nos locais de trabalho) e para uma maior acção/intervenção destes profissionais junto dos doentes fumadores.

Ainda no âmbito da acção dos médicos de família, deveriam ser criadas e preparadas Equipas nos Centros de Saúde para Ajuda/Apoio à Desabitação Tabágica, devendo estas trabalhar em estreita articulação com as Equipas mais especializadas existentes nos Hospitais Gerais e/ou Centrais.

É que, a desabitação tabágica, na nossa perspectiva, é um processo mais complexo que o simples abandono do tabaco, requerendo além da preparação específica, uma acção pluridisciplinar. Acção esta que deverá objectivar-se em vivências profundas e enriquecedoras para o fumador, conducentes ao desenvolvimento de um auto-conhecimento e auto-controlo (6), indispensáveis à mudança do seu estilo de vida e efectiva desabitação tabágica.

Ainda nesta perspectiva outros estudos referem que "qualquer estratégia de tratamento da dependência tabágica deve ter em consideração os sintomas de abstinência e incluir técnicas que conduzam a uma maior estabilidade emocional" (7).

Assim, deverão ser desenvolvidas estratégias mais

centradas na promoção da saúde que na doença e numa linha sistémica, integrando para o efeito a acção de profissionais de saúde e um modelo de intervenção que permita ir ao encontro desta perspectiva.

### MODELO DE INTERVENÇÃO PROPOSTO E SEUS PRESSUPOSTOS

Logo que começaram a ser conhecidas as consequências do tabaco em termos de saúde pública, bem como as dificuldades dos fumadores em deixar de fumar, foram desenvolvidos esforços no sentido de se encontrarem os melhores métodos para ajudar os fumadores a abandonar o tabaco. Desde as pioneiras clínicas Suecas para a desabitação tabágica de 1955 até aos dias de hoje, desenvolveram-se inúmeras estratégias, umas pelos métodos convencionais, apenas com propaganda, até aos mais variados tratamentos médicos, aos tratamentos psicológicos, à acupunctura, pelo que estão hoje publicados mais de 300 programas de desabitação (8).

Surge assim, a partir dos anos sessenta e mais intensamente nos anos setenta, um grande número de métodos de intervenção para deixar de fumar, embora com estes métodos não se tenham alcançado resultados de abstinência superiores a 20%, num controlo de um ano (9).

Resultados de estudos efectuados entretanto neste domínio e a necessidade cada vez maior de reduzir o número de fumadores, contribuíram para que, a partir da década de setenta e especialmente na década de oitenta, tivessem surgido métodos mais eficazes, conseguindo-se actualmente obter com eles 45% a 50% de abstinentes, num controlo de um ano (10,11).

Estes métodos caracterizam-se pelo modelo de intervenção em que se apoiam, impondo este, a partida, de acordo com alguns autores, uma avaliação global de cada caso e a aplicação de algumas normas das quais destacamos (12,13):

- Avaliar não só a dependência física e eventual patologia do fumador, mas também a sua dependência psicológica e estilo de vida.
- Desenvolver a motivação do fumador para

deixar de fumar e fundamentalmente para melhorar o seu estilo de vida.

- Não pedir ao fumador para deixar de fumar (mesmo com a aplicação de substituto de Nicotina e/ou psicofármaco) sem que ele tenha desenvolvido algum auto-conhecimento e auto-controlo em relação aos seus hábitos tabágicos, devendo, posteriormente, o abandono do tabaco ser radical e de uma forma brusca.

- Não modificar os hábitos tabágicos do fumador em fase de desequilíbrio emocional, provocado por problemas pessoais, profissionais, familiares, ou outros.

- Procurar que os restantes elementos do seu agregado familiar, sendo também fumadores, modifiquem do mesmo modo os seus hábitos.

- Prescrever substituto de Nicotina com "carga de nicotina" adequada ao resultado do teste da dependência física (Teste de Fagerstrom) e ao número de cigarros fumados/dia, na altura da sua aplicação.

- Não permitir que o fumador continue a fumar após a aplicação de substituto de Nicotina e/ou psicofármaco.

- Fazer controlo do indivíduo, pelo menos durante quatro meses, após ter deixado de fumar e/ou ter deixado de utilizar o substituto Nicotina.

Trata-se, na nossa perspectiva, do **modelo bio-psico-social**, objectivado num programa de tratamento designado por alguns autores de "multimodal" ou "multicomponente" de base cognitivo-comportamental (10,11,12). Modelo este que não se centra apenas na conduta de fumar, à maneira clássica de intervenção, através de técnicas de condicionamento aversivo (Ex. choques eléctricos, associação do acto de fumar a transtornos físicos, etc.), mas procura ir mais longe, desenvolvendo novos hábitos incompatíveis com o fumar, servindo-se de técnicas cognitivo-comportamentais e outras, associadas à prescrição de substituto de Nicotina, oferecendo assim alternativas às necessidades suprimidas pelo fumador ao deixar de fumar.

Este modelo, o qual tem permitido obter melhores resultados (9,10,11,12), aponta para um método mais centrado na "pessoa" que no "fumador" num contexto

sistémico e para um conjunto de técnicas a aplicar, de acordo com a especificidade de cada caso, ao longo das Fases do Processo de Desabitação Tabágica, assim discriminadas:

#### Fase de Avaliação

- Determinar a dependência física do fumador (13,14) e a eventual patologia decorrente dos seus hábitos tabágicos – Avaliação pneumológica, cardiológica e eventualmente vascular periférica,
- Determinar também a dependência psicológica (13,15) – Avaliação do perfil psicológico, estilo de vida, situação sócio-profissional, expectativas e outros aspectos de âmbito psico-social.

#### Fase de Auto-Conhecimento/Auto-Controlo

- Desenvolver a motivação e o auto-conhecimento do fumador, tendo por base os benefícios da desabitação tabágica a nível económico, biológico e psico-social,
- Determinar com o fumador uma data limite para deixar de fumar,
- Ensinar-lhe a fazer o auto-registo dos hábitos tabágicos e a consequente discriminação dos estímulos/auto-controlo,
- Ensinar-lhe algumas técnicas aversivas em relação ao tabaco, levando-o à redução gradual de cigarros e/ou à redução gradual de ingestão de nicotina e alcatrão,
- Ensinar-lhe o auto-reforço em relação à ausência total do tabaco, logo que o fumador sinta resultados positivos da redução do mesmo,
- Alterar as expectativas negativas do fumador (Ex. receio de ficar ansioso ou irritado, de engordar, etc., ao deixar de fumar), se eventualmente existirem (16,17),
- Ajudar a desenvolver um estilo de vida mais saudável, ensinando-o a lidar com o stress, a fazer relaxamento, exercício físico, alimentação adequada, etc.,

- Ajudar a criar uma auto-imagem positiva, como não fumador, no seu meio socioprofissional e familiar,
- Incentivar o fumador a partilhar a sua intenção de deixar de fumar quer com familiares quer com amigos e colegas,
- Aconselhar o fumador a retirar do seu carro, casa, trabalho, tudo o que o estimule a fumar.

Após esta fase e ao chegar a data previamente determinada para abandonar o tabaco, **o fumador deverá, nesse momento, deixar radicalmente de fumar**, podendo ser-lhe prescrito substituto de Nicotina e/ou psicofármaco.

#### Fase de Controlo

- Aplicação das estratégias de auto-controlo e auto-reforço, já conhecidas e interiorizadas pelo indivíduo,
- Avaliação dos efeitos do substituto de Nicotina (caso este venha a ser prescrito), com especial atenção aos sintomas de sub ou supra-dosagem,
- Continuação do apoio psicológico, pelo menos até 4 meses após o ex-fumador ter deixado o substituto de Nicotina e/ou psicofármaco.

#### RESULTADOS DO TRABALHO DE TRÊS ANOS DA CONSULTA DE DESABITUAÇÃO TABÁGICA DO HOSPITAL GERAL DO CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA (1992/93/94)

O Centro Hospitalar de Coimbra decidiu, no ano de 1989, abrir uma Consulta multidisciplinar para Desabitação Tabágica, inicialmente destinada aos trabalhadores do referido Centro Hospitalar e, posteriormente, alargada à comunidade.

O Grupo, era formado desde o início por um cardiologista, um pneumologista e um cirurgião vascular. O fumador, após a inscrição, era visto com a brevidade máxima pelo cardiologista, que se encar-

regava de fazer a triagem, uma observação clínica, um ECG e o teste da dependência. Sem tempos de demora, preferencialmente no mesmo dia ou semana, passava ao pneumologista que lhe fazia um exame clínico mais dirigido ao aparelho respiratório, com uma radiografia do tórax e com um estudo funcional completo. Era depois visto pelo cirurgião vascular. Percorridas estas três consultas (normalmente em duas semanas), o fumador voltava ao médico da primeira consulta que, depois de apreciar a globalidade das observações, definia a estratégia que, ou passava apenas pelo contrato com o fumador para estabelecer uma data para deixar de fumar ou se iniciavam os substitutos de Nicotina, tentando a progressiva redução do consumo do tabaco.

Logo se sentiu a falta do apoio de um psicólogo já que os fumadores, principalmente os mais dependentes, careciam nitidamente de uma intervenção no campo psicológico. A partir de 1992 a consulta passou, então, a ter o apoio regular de um psicólogo e uma maior coordenação inter-disciplinar.

Na sequência desta reformulação e partilhando o Grupo da perspectiva atrás referida, procurou desenvolver a articulação da Consulta com o Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, a fim de dar resposta ao que se considerava primordial na acção antitabágica – *sensibilizar/motivar os profissionais de saúde, sobretudo os médicos de família, para esta área de intervenção.*

Assim, durante estes últimos três anos de actividade, o Grupo colaborou na elaboração e realização de dois Projectos de Formação com o referido Instituto, tendo sido um dos elementos do Grupo o Coordenador Pedagógico destes Projectos.

O primeiro Projecto tinha como principal objectivo sensibilizar e motivar alguns profissionais de saúde, designadamente os médicos de família, quer para a modificação dos seus próprios hábitos tabágicos, quer para uma acção/intervenção junto dos seus doentes fumadores.

No âmbito deste Projecto foram efectuadas Acções de Formação nos Centros de Saúde (num total de vinte Acções), abrangendo todos os distritos da Zona Centro do País, tendo sempre um elemento do Grupo

da Consulta do C.H.C. participado, como prelector, em todas elas.

O segundo Projecto visava formar médicos de família nos mesmos distritos, para uma ajuda mais específica aos fumadores, procurando constituir uma rede piloto de Consultas de Desabitação Tabágica a nível da Zona Centro.

Para a concretização deste Projecto foram realizados diversos *Workshops* no Instituto de Clínica Geral da Zona Centro e Seminários nos Centros de Saúde de todos os distritos da Região Centro, tendo elementos do núcleo da Consulta de Desabitação Tabágica do Hospital Geral do C.H.C. também participado quer nessas Acções de Formação quer na organização dos referidos Seminários e moderação de algumas Mesas-Redondas.

Através destes Projectos foi dada formação, na área do tabagismo, a cerca de mil profissionais de saúde, tendo sido criadas e formadas Equipas médicas para Consultas de Desabitação Tabágica em todos os distritos da Região Centro do País.

Do trabalho realizado pelo Grupo no âmbito da Ajuda/Apoio aos fumadores, que têm ocorrido à Consulta de Desabitação Tabágica do Hospital Geral do C.H.C., considerando apenas os números referentes aos anos de 1992, 93 e 94, já com um psicólogo na Equipa, destaca-se o seguinte:

#### QUADRO I

Número de fumadores observados na Consulta de Desabitação Tabágica

(Anos de 1992 a 1994 inclusive)

• Na especialidade de Pneumologia .....	71
• Na especialidade de Cardiologia .....	71
• Na especialidade de Psicologia .....	51

Através do Quadro I, verificamos que dos 71 fumadores observados na Consulta de Desabitação Tabágica, apenas 51 passaram pela especialidade de Psicologia para modificação dos seus hábitos tabágicos. Como, a partir da altura em que o psicólogo

**DESABITUAÇÃO TABÁGICA: QUE ESTRATÉGIAS?  
PONTO DE VISTA DE UM GRUPO PLURIDISCIPLINAR E RESULTADOS DO SEU TRABALHO  
NA CONSULTA DE DESABITUAÇÃO TABÁGICA DO HOSPITAL GERAL DO CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA**

iniciou funções no Grupo, passou a ser ele a controlar os follow-up dos fumadores e não tendo comparecido os restantes 20 fumadores na referida especialidade, desconhece-se a sua evolução em termos de desabitação tabágica.

Aos 51 fumadores que passaram pela especialidade de Psicologia foi aplicado o modelo de intervenção atrás descrito, através de consultas individuais, tendo sido obtidos os resultados que passamos a descrever:

**QUADRO II**

Resultados da Consulta de Desabitação Tabágica

N=51	
• Deixaram de fumar (num controlo de 4 meses) .....	24 (47,06%)
• Abandonaram a Consulta, sem justificação (desconhecendo-se se abandonaram ou não o tabaco) .....	21 (41,18%) *
Foram enviados à especialidade de Psiquiatria, não tendo voltado à Consulta de Desabitação Tabágica .....	6 (11,76%)

**Análise dos Resultados**

Da análise dos resultados obtidos, verificamos que, para além do trabalho desenvolvido pelo Grupo junto dos médicos de família (cujos resultados, embora muito promissores, não são ainda quantificáveis), **53,3%\* dos fumadores que receberam Ajuda/Apoio na Consulta deixaram de fumar**. Isto sem considerarmos que, dos 20 fumadores que não compareceram na especialidade de Psicologia, bem como dos 21 fumadores que abandonaram a Consulta desta especialidade, alguns poderiam ter também deixado de fumar por efeito da acção exercida.

Não obstante, esta percentagem (num controlo de quatro meses), parece-nos bastante significativa, porquanto modelos de intervenção semelhantes, num

controlo de três e seis meses, apresentam resultados de 54,16% e 50%, respectivamente (10).

**CONCLUSÕES**

Com esta estratégia, pensamos ter atingido um segmento importante da população (médicos de família) pelos efeitos que a sua acção terá no âmbito antitabágico, pois prevê-se já a abertura de Consultas de Desabitação Tabágica em alguns Centros de Saúde da Região Centro, para as quais foram preparadas as respectivas Equipas.

Assim, futuramente, muitos dos fumadores que necessitem de ajuda para deixar de fumar, já não terão que se deslocar quilómetros, com todos os prejuízos daí decorrentes, como tem sido o caso de alguns dos fumadores que têm vindo à Consulta do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra.

No âmbito da Ajuda/Apoio aos fumadores a nível da referida Consulta, foi utilizado um modelo que tem sido testado noutros países (apresentado como o modelo que proporciona melhores resultados (9,10,11,12), permitindo-nos conhecer os resultados da sua aplicação, embora num número reduzido de fumadores, no nosso País.

Todavia, impõe-se um estudo adequado por forma a obter informações sobre o motivo que leva alguns fumadores a não aceitarem a sugestão para frequentar a especialidade de psicologia, bem como das razões que levaram outros a abandonar esta especialidade sem justificação. Isto permitirá obter dados mais precisos em relação à acção desenvolvida até ao momento na Consulta.

**AGRADECIMENTOS**

Os Autores agradecem ao Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, nas pessoas da Exm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Directora - Dr.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Luisa Costa e Exm.<sup>o</sup> Sr. Director-Adjunto - Dr. José Cabeças, a receptividade e empenho na formalização e concretização dos Projectos realizados.

\* Com base no valor de N=45, dado que dos 51 fumadores observados em psicologia, 6 foram enviados a psiquiatria, não tendo sido portanto efectuada sobre eles a nossa acção.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

1. MAGALHÃES E., BASTOS FP. Inquérito às Atitudes da População face ao Tabagismo e a Medidas Legislativas em Amostra Representativa. *Prevenção do Tabagismo*, 5, 14-19, 1987.
2. RIBEIRO JLP. A Intervenção Psicológica na Promoção da Saúde. *Jornal de Psicologia*, 8, 2, 19-22, 1989.
3. MCINTYRE TM. Psicologia da Saúde – Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras. *Associação dos Psicólogos Portugueses*, 2, 17-32, 1994.
4. PESTANA JAM. Papel do Pneumologista na Prevenção do Tabaco. Apres. nas VI Jornadas de Pneumologia do C.H.V.N. de Gaia, 1993.
5. GRANATE MC. Tabaco ou Saúde – Análise da Situação (Extracto do Relatório do Director Geral da O.M.S.). *Prevenção do Tabagismo*, 6, 22-24, 1987.
6. GONCALVES OF. Consulta Psicológica e Desenvolvimento do Auto-Conhecimento: Uma Perspectiva Cognitivo-Constructivista. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 35-45, 1986.
7. AZEVEDO MHP, COELHO I, ROBALO M. Personalidade e Taquismo. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 7, 195-201, 1986.
8. SCHWARTZ JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin NA*, 76 (2):451-476, 1992.
9. BECONA E. Tratamento Psicológico de la Adicción al Tabaco, en G. Buela y V.E. Caballo (comps). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, Madrid, Siglo XXI, 365-381-1991.
10. BECONA E, GÓMEZ-DURÁN EJ. Programas de Tratamiento en grupo de fumadores. 7, 203-230, 1993.
11. GARCIA-VERA MP, CABALLOS P, GOROSPE M, SANCHEZ AGUDO L, FERNANDEZ-ALBA A. Modelo de procedimiento de intervencion para dejar de fumar: Terapia de conducta en grupo y reduccion gradual del sustitutivo de nicotina. Estudio presentado no I Congreso Nacional de Psicología da Saúde, em Lisboa, Janeiro-1994.
12. ODRIZOLA EE. Técnicas de Autocontrol y Programas Multimodales en el Tratamiento del Tabaquismo. *Rev. Psicopatología*, 5, 235-247, 1985.
13. LAGRUE G. Ajuda à Desabituação Tabágica – O Guia do Generalista. Livro traduzido e apresentado pelo Instituto de Clínica Geral da Zona Centro no Seminário Conclusivo do Projecto "Tabaco e Cancro", em Coimbra, Julho-1995.
14. FAGERSTROM KO. Measuring degree of phisical dependence to tabacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241, 1978.
15. ROGER JL. Como Deixar de Fumar. *Publicações Dom Quixote*, Lisboa, 8, 52-64, 1984.
16. GARCIA-VERA MP, CABALLOS P, GOROSPE M, FERNANDEZ-ALBA A. Valor predictivo de las variables conductales en la aparición de recaídas tras abandonar el habito de fumar. Estudio presentado no I Congreso Nacional de Psicología da Saúde, em Lisboa, Janeiro-1994.
17. TORTELLA FM. Expectativas de Autoeficácia y Autoselección de Técnica en un Programa Conductal para Dejar de Fumar. 3, 217-232, 1991.