

Conhecimento e práticas para a cessação do tabagismo entre médicos nigerianos*

Knowledge of and practices related to smoking cessation among physicians in Nigeria

Olufemi Olumuyiwa Desalu, Adebowale Olayinka Adekoya, Adetokunbo Olujimi Elegbede, Adeolu Dosunmu, Tolutope Fasanmi Kolawole, Kelechukwu Chukwudi Nwogu

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento e as práticas para a cessação do tabagismo entre médicos na Nigéria. **Métodos:** Um inquérito transversal foi realizado na cidade de Lagos e em três zonas geopolíticas da Nigéria. Um questionário estruturado de autopreenchimento foi respondido por 436 médicos para a obtenção de informações a respeito do uso de tabaco e de seus efeitos na saúde, seu conhecimento e as práticas para cessação do tabagismo. **Resultados:** Dos 436 médicos, 292 (67,0%) estavam informados a respeito da cessação do tabagismo, mas somente 132 (30,3%) demonstraram bons conhecimentos sobre esse assunto. A prevalência de tabagismo entre os médicos foi de 17,7%. Além disso, 308 médicos (70,6%) relataram que a educação sobre tabagismo nos currículos de medicina era inadequada. Dos 436 médicos, 372 (86,2%) questionavam seus pacientes quanto ao tabagismo, e 172 (39,4%) os questionavam quanto aos motivos para o fumo. Como forma de intervenção para a cessação do tabagismo, 268 (61,5%) utilizavam breve aconselhamento (2-5 min), 12 (3,7%) prescreviam antidepressivos, 16 (2,8%) prescreviam terapia de reposição nicotínica (TRN), e 76 (17,4%) agendavam consultas de acompanhamento. Quando os médicos eram questionados quanto aos obstáculos para as intervenções para a cessação do tabagismo, 289 (66,3%) citaram pouco conhecimento do assunto, 55 (12,6%) citaram a falta de tempo, e 20 (4,6%) a indisponibilidade de TRN. **Conclusões:** Os resultados deste estudo destacam a falta de conhecimento dos médicos na Nigéria quanto à cessação do tabagismo, assim como a sua falha em aplicar práticas adequadas. Os resultados deste estudo podem auxiliar na avaliação e na formulação de diretrizes sobre cessação do tabagismo e de programas de educação em tabagismo para médicos. Nossos achados também destacam a necessidade da oferta de programas para cessação do tabagismo em todos os centros de atendimento.

Descritores: Abandono do uso de tabaco; Tabaco; Médicos; Nigéria; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge and practices of smoking cessation among physicians in Nigeria. **Methods:** We conducted a cross-sectional survey in Lagos and three geopolitical zones of Nigeria. A self-administered structured questionnaire was used to obtain information on tobacco use and its health effects, as well as on the knowledge and practices of smoking cessation, from 436 physicians. **Results:** Of the 436 physicians, 292 (67.0%) were aware of smoking cessation, but only 132 (30.3%) showed good knowledge on this topic. The prevalence of smoking among the physicians was 17.7%. In addition, 308 physicians (70.6%) reported that tobacco education in the medical school curriculum was inadequate. Of the 436 physicians, 372 (86.2%) asked their patients whether they smoked, and 172 (39.4%) asked their patients the reasons for using tobacco. As a means of smoking cessation intervention, 268 (61.5%) used brief advice/counseling (2-5 min), 12 (3.7%) prescribed antidepressants, 16 (2.8%) prescribed nicotine replacement therapy (NRT), and 76 (17.4%) arranged follow-up visits. When the physicians were questioned regarding the obstacles to smoking cessation interventions, 289 (66.3%) cited poor knowledge of the issue, 55 (12.6%) cited a lack of time, and 20 (4.6%) cited unavailability of NRT. **Conclusions:** The results of this study highlight the lack of knowledge among physicians in Nigeria in terms of smoking cessation, as well as their failure to apply appropriate practices. The results of this study can further the evaluation and formulation of guidelines on smoking cessation and smoking education programs for physicians. Our findings also underscore the need to offer smoking cessation programs in all treatment facilities.

Keywords: Smoking cessation; Tobacco; Physicians; Nigeria; Health knowledge, attitudes, practice.

* Trabalho realizado na Divisão de Medicina Interna, Departamento de Medicina, *Federal Medical Centre*, Ido-Ekiti, Nigéria. Endereço para correspondência: Desalu O.O. Department of Medicine, University of Ilorin Teaching Hospital, PMB 1459, Ilorin, Kwara, Nigéria, 240001.

Tel +234 0 803 502-5771. E-mail: femuy1967@yahoo.co.uk

Apoio financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 5/5/2009. Aprovado, após revisão, em 27/7/2009.

Introdução

O tabagismo causa doenças fatais, como DPOC (enfisema e bronquite crônica), câncer e doença cardíaca isquêmica.^(1,2) Entre 1950 e 2000, cerca de 70 milhões de pessoas morreram devido ao uso de tabaco; nos próximos 50 anos, outros 450 milhões poderão morrer devido a doenças associadas ao tabaco.⁽³⁻⁵⁾ A cessação do tabagismo é definida como abstinência completa de cigarros e de outros derivados do tabaco por pelo menos 6 meses, mas preferivelmente por um ano, confirmada através de medidas de monóxido de carbono no ar exalado ou outros testes objetivos.⁽⁶⁾ Os métodos de intervenção para a cessação do tabagismo podem ser classificados em comportamentais, farmacológicos ou alternativos.⁽⁷⁻⁹⁾ Os médicos têm papel importante na cessação do tabagismo,⁽⁹⁾ uma vez que são vistos como uma fonte de informação confiável, e muitos pacientes tentam parar de fumar se aconselhados por seus médicos.⁽⁷⁾ No entanto, alguns estudos mostraram que a maior parte dos médicos raramente recomenda a cessação do tabagismo ou auxilia fumantes a deixarem de fumar devido à falta de treinamento, habilidade ou confiança na cessação do tabagismo, bem como devido a outros obstáculos para realizar intervenções para a cessação do tabagismo.^(10,11) Em Hong Kong, 77% dos médicos obtiveram informações sobre o status tabágico de seus pacientes, mas apenas 29% recomendaram a cessação do tabagismo.⁽¹²⁾ Na Noruega, 78-93% dos médicos obtiveram informações sobre o status tabágico de seus pacientes quando seus pacientes apresentavam doenças associadas ao tabaco, mas apenas 25% dos pacientes receberam auxílio para a cessação do tabagismo.⁽¹³⁾ Em um estudo que investigou médicos nos Estados Unidos, relatou-se que 67% dos médicos questionavam seus pacientes quanto ao tabagismo e que 74% dos médicos recomendavam a cessação do tabagismo; no entanto, apenas 35% auxiliavam seus pacientes a parar de fumar e 8% agendavam consultas de acompanhamento.⁽¹⁴⁾ Um inquérito realizado em 2004 na China investigou 4.000 médicos e revelou que 48% questionavam seus pacientes sobre o status tabágico, 64% recomendavam a cessação do tabagismo, 6.1% estabeleciam datas para a cessação do tabagismo e 6.6% prescreviam farmacoterapia para auxiliar os pacientes a abandonarem o hábito de fumar.⁽¹⁵⁾ O sucesso

da abstinência tabágica é frequentemente determinado pelo conhecimento e práticas do médico quanto à cessação do tabagismo. Diferentemente de outras regiões do mundo, não há dados sobre o conhecimento sobre a cessação do tabagismo e as práticas adotadas para esse fim entre médicos na África subsaariana. Dados sobre o conhecimento sobre a cessação do tabagismo podem ser usados no planejamento de programas para a cessação do tabagismo por médicos e outros profissionais de saúde. O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento sobre a cessação do tabagismo e as práticas adotadas para esse fim entre médicos na Nigéria.

Métodos

Entre fevereiro de 2008 e abril de 2008, conduzimos um inquérito transversal envolvendo médicos no estado de Lagos e em três regiões geográficas da Nigéria: região norte, região sul e região central. Essas regiões foram selecionadas porque representam as três principais regiões da Nigéria e porque 50% dos médicos cadastrados na Nigéria estão concentrados no estado de Lagos. O nível de alfabetização, a riqueza, os índices econômicos e o desenvolvimento de infraestrutura eram maiores nas regiões sul e central do que na região norte. Nas regiões sul e central, o sistema de atenção à saúde estava ligeiramente mais organizado do que na região norte. Os médicos foram selecionados através de amostragem em múltiplo estágio (por conglomerados). Cada uma das três regiões geográficas é composta por estados que, juntamente com o estado de Lagos, formam *clusters*. Foi delineado um espaço amostral simples com a lista dos *clusters* de cada região geográfica, e um *cluster* foi selecionado por região através de amostragem aleatória. Em cada *cluster* selecionado (estado), os hospitais foram estratificados em hospitais universitários/terciários, hospitais distritais/gerais, unidades básicas de saúde e hospitais privados. Uma das categorias estratificadas de hospital foi selecionada por amostragem aleatória simples em cada *cluster*. O tamanho da amostra do estudo foi calculado através da seguinte equação⁽¹⁶⁾:

$$N = n/1 + n(e)^2$$

na qual N é o tamanho da amostra, n é a população de médicos cadastrados da Nigéria (34.923),⁽¹⁷⁾ e e é o nível de precisão desejado, assumindo-se

um intervalo de confiança de 95%. O tamanho mínimo da amostra foi 395. Esse tamanho foi aumentado para 420 devido ao índice de não resposta de 5%, obtido em um estudo piloto. O delineamento do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Médico Federal em Ido-Ekiti, Nigéria. Todos os médicos participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Para a obtenção dos dados dos médicos, utilizamos um questionário estruturado de autopreenchimento. A confiabilidade teste-reteste do questionário para um período de duas semanas foi $r = 0,80$. A consistência interna foi considerada aceitável (alfa de Cronbach = 0,76). Um total de 450 questionários foi distribuído entre os três *clusters* (estado) selecionados em cada região e no estado de Lagos: 100 para Kwara; 100 para Kebbi; 100 para Ekiti e 150 para Lagos. Os questionários foram enviados por correio para determinados médicos em cada região. Tais médicos convidavam seus colegas no hospital selecionado a participar do estudo. Solicitamos que os médicos que aceitavam participar do estudo preenchessem o questionário de acordo com seu próprio conhecimento e compreensão sobre o assunto. Também era solicitado que o fizessem em um ambiente calmo e sem a interferência de seus colegas. O questionário foi desenvolvido para coletar ou avaliar os seguintes dados: dados sócio-demográficos; local de atuação profissional (zona urbana ou rural); anos de experiência; status tabágico pessoal; número de pacientes fumantes atendidos por semana; conhecimento sobre os efeitos do uso de tabaco na saúde; conhecimento sobre os benefícios da cessação do tabagismo; conhecimento sobre a cessação do tabagismo; métodos de intervenção para a cessação do tabagismo adotados; e obstáculos enfrentados para promover intervenções para a cessação do tabagismo. Um sistema de pontuação foi desenvolvido a partir de quatro das perguntas (componentes do tabaco, métodos de uso de tabaco, efeitos do tabagismo na saúde e doenças associadas ao uso de tabaco). As respostas aos quatro critérios de conhecimento foram distribuídas em uma escala de resposta dicotômica: 1 ponto para cada resposta correta e 0 para cada resposta incorreta, incompleta ou ausente. Dessa forma, a pontuação máxima era 4 pontos. Médicos que obtivessem uma pontuação igual ou maior que a média eram classificados

como tendo um bom nível de conhecimento. Médicos que obtivessem uma pontuação abaixo da média eram classificados como tendo um baixo nível de conhecimento. Todos os dados foram coletados sem que os participantes precisassem fornecer dados pessoais.

Os dados obtidos foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A estatística descritiva foi feita para examinar as características gerais dos médicos. O teste do qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher foram usados para testar a significância das variáveis categóricas. Valores de $p < 0.05$ foram considerados significantes.

Resultados

Dos 450 médicos contatados, 436 preencheram o questionário, o que significou um índice de resposta de 96,9%. A idade média dos médicos foi $30,6 \pm 4,1$ anos. O número médio de anos exercendo a profissão foi $3,5 \pm 2,7$. Dos médicos participantes, 330 (75,7%) eram homens e 106 (24,3%) eram mulheres. A Tabela 1 mostra as características dos médicos participantes. O escore médio de conhecimento sobre o uso de tabaco foi $3,3 \pm 0,7$ (moda, 3). Os respondentes que obtiveram pontuação ≥ 3 foram conside-

Tabela 1 - Características demográficas dos médicos participantes (n = 436).

Característica	n (%)
Faixa etária, anos	
25-34	353 (83,5)
35-44	79 (18,1)
45-55	4 (0,9)
Sexo	
Masculino	330 (75,7)
Feminino	106 (24,6)
Local de atuação profissional	
Zona urbana	321 (73,6)
Zona rural	115 (26,4)
Status profissional	
Especialista	19 (4,4)
Não especialista	417 (95,6)
Anos de prática	
1-5	345 (79,1)
> 5	91 (20,9)
Status tabágico	
Fumante	77 (17,7)
Não fumante	359 (82,3)

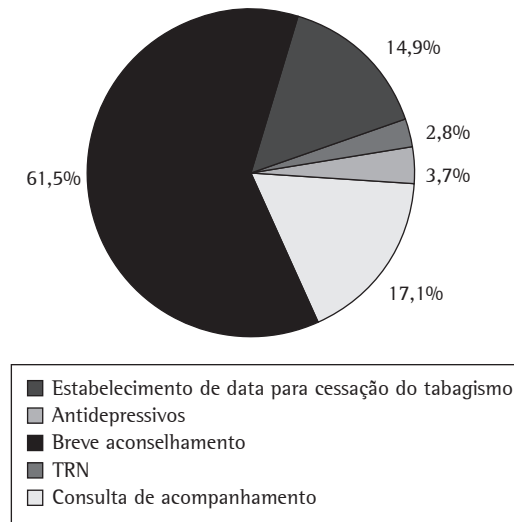


Figura 1 - Métodos para a cessação do tabagismo usados pelos médicos. TRN: terapia de reposição nicotínica.

radados com um bom nível de conhecimento sobre o uso de tabaco. Quando o escore foi estratificado em duas variáveis dicotômicas (escore bom e escore ruim), observou-se que 388 médicos (89,0%) tinham um bom nível de conhecimento sobre o uso de tabaco e que 48 (11,0%) tinham um baixo nível de conhecimento ($\chi^2 = 265$; grau de liberdade = 1; $p \leq 0,001$). Duzentos e noventa e dois médicos (67,0%) estavam informados a respeito do tratamento para a cessação do tabagismo, e 136 (31,2%) não estavam informados a esse respeito ($p < 0,001$). Apenas 132 médicos (30,3%) tinham um bom nível de conhecimento sobre o tratamento para cessação do tabagismo, enquanto que 300 (68,8%) não tinham tal conhecimento ($p < 0,001$). As fontes mais comuns de informações atuais sobre a cessação do tabagismo eram as faculdades de medicina, totalizando 144 (33,0%). Trezentos e oito respondentes (70,6%) relataram que a educação sobre tabagismo nos currículos de medicina era inade-

Tabela 2 - Barreiras para a implementação de intervenções para a cessação do tabagismo.

Barreiras	n (%) ^a
Baixo nível de conhecimento sobre cessação do tabagismo	289 (66,3)
Falta de tempo	55 (12,6)
Indisponibilidade de TRN	20 (4,6)
Outro	7 (2,1)

TRN: terapia de reposição nicotínica. ^aAlguns médicos deram mais de uma resposta.

quada, enquanto que 68 (15,6%) acreditavam que tal conteúdo era adequadamente incorporado aos currículos de medicina. Trezentos e setenta e seis médicos (86,2%) questionavam seus pacientes quanto ao tabagismo; 172 (39,4%) questionavam seus pacientes quanto aos motivos para o fumo. Duzentos e sessenta e oito médicos (61,5%) aconselhavam brevemente seus pacientes quanto à cessação do tabagismo. Sessenta e cinco médicos (14,9%) estabeleciam uma data para a cessação do tabagismo com seus pacientes. Dezesesseis médicos (3,7%) prescreviam antidepressivos orais, ao passo que 12 (2,8%) prescreviam terapia de reposição nicotínica (TRN, goma de mascar com nicotina em todos os casos). Nenhum dos médicos recomendava que os pacientes procurassem um conselheiro para a cessação do tabagismo ou um programa para cessação do tabagismo. Uma parcela significativa dos médicos – 308 (70,7%) – não marcava consulta de acompanhamento após 6-12 meses para determinar se a abstinência tabágica se mantivera, enquanto 76 médicos (17,4%) marcavam consulta de acompanhamento e 52 (11,9%) consideravam que tal consulta não era relevante para o tratamento. Os métodos relatados para a cessação do tabagismo estão descritos na Figura 1. Com relação aos obstáculos para intervenções para a cessação do tabagismo, 289 médicos (66,3%) citaram o baixo nível de conhecimento sobre o assunto, 55 (12,6%) citaram a falta de tempo, 20 (4,6%) citaram a indisponibilidade de TRN e 9 (2,1%) citaram outros motivos. Os obstáculos para a cessação do tabagismo citados pelos participantes estão descritos na Tabela 2.

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram que falta conhecimento sobre a cessação do tabagismo à maioria dos médicos por nós avaliados, quando comparados com médicos avaliados em outros estudos.^(1,2) Isso pode ser decorrente do treinamento inadequado para intervenções de cessação do tabagismo após a conclusão do curso e da falta de ênfase na educação sobre tabagismo nas faculdades de medicina. Nossos dados corroboram essa falta de ênfase nas faculdades de medicina, uma vez que 70,6% dos médicos relataram que a educação sobre tabagismo não era prioridade nas faculdades de medicina. Tal falta de ênfase também foi relatada por outros

pesquisadores.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ Esses resultados destacam a necessidade de se priorizar a educação sobre a cessação do tabagismo em faculdades de medicina e em programas de educação continuada após a conclusão do curso. Uma parcela significativa de médicos, maior do que aquela descrita em outros estudos,^(15,21) declarou que questionava seus pacientes quanto ao tabagismo. No entanto, apenas 39,4% dos médicos participantes questionavam seus pacientes quanto aos motivos para o tabagismo. O não questionamento sobre os motivos para o fumo nega aos médicos a oportunidade de recomendar o método apropriado de intervenção, de antecipar desafios durante os estágios de cessação do tabagismo e de selecionar o suporte clínico e social necessário. O presente estudo também revelou que poucos médicos estabeleciam datas para a cessação do tabagismo com seus pacientes, o que está de acordo com os achados de outros estudos.^(15,21) Em nosso estudo, a forma de intervenção mais frequentemente utilizada para a cessação do tabagismo foi o breve aconselhamento, usada por 61,5% dos médicos. Essa proporção foi consideravelmente mais baixa do que a relatada em um estudo realizado no Canadá (95,8%).⁽²²⁾ A prescrição de TRN por 2,8% dos médicos foi considerada muito baixa se comparada aos 25% dos médicos na Noruega e aos 95,8% dos médicos no Canadá que fizeram tal prescrição.^(13,22) O uso de TRN no presente estudo foi similar àquele relatado em um estudo realizado no sudoeste da Nigéria.⁽²³⁾ O baixo uso de TRN pode ser decorrente de sua baixa disponibilidade na maioria dos hospitais e farmácias privadas. A maioria dos médicos (70,7%) não marcava consultas de acompanhamento quando atendiam pacientes fumantes. Foi demonstrado que consultas de acompanhamento durante o período de abstinência geralmente dão ao médico a oportunidade de revisar o progresso da cessação do tabagismo, parabenizar o paciente, reforçar a abstinência, identificar problemas (atuais e potenciais) e iniciar uma nova intervenção ou modificar a atual se necessário.⁽⁷⁻⁹⁾ No presente estudo, a maioria dos médicos (66,3%) relatou que o baixo nível de conhecimento sobre a cessação do tabagismo era o principal obstáculo para a implementação de intervenções para a cessação do tabagismo. Esse resultado difere dos de outros investigadores que relataram a inacessibilidade a *expertise* sobre a cessação do

tabagismo, a falta de tempo e a falta de ferramentas facilmente aplicáveis para auxiliar os pacientes a abandonar o hábito de fumar.^(22,24,25) A maior parte dos médicos avaliados no presente estudo não possuía um bom nível de conhecimento sobre a cessação do tabagismo ou boas práticas para a cessação do tabagismo. O presente estudo destacou as áreas de conhecimento sobre a cessação do tabagismo e as práticas para a cessação do tabagismo nas quais os médicos nigerianos ainda são deficientes. Identificamos as barreiras para a boa prática de cessação do tabagismo. Esses achados podem auxiliar na avaliação e na formulação de diretrizes efetivas para a cessação do tabagismo e para programas de educação em tabagismo. Nossos dados também destacam a necessidade de se oferecer programas para a cessação do tabagismo em todos os centros de atendimento.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Sra. Ibiyemi Desalu seu auxílio na digitação e organização do manuscrito.

Referências

1. American Cancer Society. [homepage on the Internet]. Atlanta: The Society. Cancer Facts and Figures 2007; c2008-09 [cited 2008 Mar 29]. Available from: <http://www.cancer.org/docroot/ipg.asp>
2. Office of the Surgeon General [homepage on the Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services [cited 2008 Oct 17]. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Available from: <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences>
3. International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases [homepage on the Internet]. Paris: The Union [cited 2009 Jul 17]. 10 Facts on tobacco use. [Adobe Acrobat document, 1p.] Available from: http://www.theunion.org/download/factsheets/facts_tobacco.pdf
4. U.S. Dept. of Health and Human Services; Public Health Service; Centers for Disease Control; Center for Health Promotion and Education; Office on Smoking and Health. The Health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. DHHS publication, no. (CDC) 88-8406. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services; 1988.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults--United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2002;51(29):642-5.
6. European Respiratory Society [homepage on the Internet]. Lausanne: The Society. ERS School Course on Smoking Cessation, Bucharest 2004, 10th Sess. Campbell IA. Smoking cessation: overview of doctors intervention [cited 2008 October 7]. Available from: <http://www.ers-education.org/pages/default.aspx?id=529&idBrowse=36892&det=1>

7. Marlow SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respir Care*. 2003;48(12):1238-54; discussion 1254-6.
8. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines--2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80. Erratum in: *J Bras Pneumol*. 2008;34(12):1090.
9. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
10. Wells KB, Ware JE Jr, Lewis CE. Physicians' attitudes in counseling patients about smoking. *Med Care*. 1984;22(4):360-5.
11. Young JM, Ward JE. Improving smoking cessation advice in Australian general practice: what do GPs suggest is needed? *Aust N Z J Public Health*. 1998;22(7):777-80.
12. Abdullah AS, Rahman AS, Suen CW, Wing LS, Ling LW, Mei LY, et al. Investigation of Hong Kong doctors' current knowledge, beliefs, attitudes, confidence and practices: implications for the treatment of tobacco dependency. *J Chin Med Assoc*. 2006;69(10):461-71.
13. Bakke PS, Böker T, Diep TT, Grydeland T, Hansen PR, Brøgger JC, et al. Smoking cessation practice among Norwegian hospital physicians [Article in Norwegian]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000;120(14):1629-32.
14. Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD, Lessne CW, Rakowski W, Prokhorov A, et al. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Prev Med*. 1998;27(5 Pt 1):720-9.
15. Jiang Y, Ong MK, Tong EK, Yang Y, Nan Y, Gan Q, et al. Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes, and practices. *Am J Prev Med*. 2007;33(1):15-22.
16. Bartlett JE, Kotrlik JW, Higgins C. Organizational research: Determining appropriate sample size for survey research. *Inf Technol Learn Perform J*. 2001;19(1):43-50.
17. World Health Organization. [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization. [cited 2008 Mar 29]. Country Health System Fact Sheet 2006 Nigeria. [Adobe Acrobat document, 8p.] Available from: http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/nigeria.pdf
18. Müller F, Wehbe L. Smoking and smoking cessation in Latin America: a review of the current situation and available treatments. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3(2):285-93.
19. Roddy E, Rubin P, Britton J; Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tob Control*. 2004;13(1):74-7.
20. Spangler JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. *JAMA*. 2002;288(9):1102-9.
21. Soto Mas FG, Papenfuss RL, Jacobson HE, Hsu CE, Urrutia-Rojas X, Kane WM. Hispanic physicians' tobacco intervention practices: a cross-sectional survey study. *BMC Public Health*. 2005;5:120.
22. Mowat DL, Mecredy D, Lee F, Hajela R, Wilson R. Family physicians and smoking cessation. Survey of practices, opinions, and barriers. *Can Fam Physician*. 1996;42:1946-51.
23. Nollen NL, Adewale S, Okuyemi KS, Ahluwalia JS, Parakoyi A. Workplace tobacco policies and smoking cessation practices of physicians. *J Natl Med Assoc*. 2004;96(6):838-42.
24. Gill JM, Diamond JJ, Leone FT, Pellini B, Wender RC. Do physicians in Delaware follow national guidelines for tobacco counseling? *Del Med J*. 2004;76(8):297-308.
25. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation--results from four Nordic countries. *Scand J Public Health*. 2002;30(2):141-7.

Sobre os autores

Olufemi Olumuyiwa Desalu

Pneumologista Consultor. Departamento de Medicina, *University of Ilorin Teaching Hospital*, Ilorin, Nigéria.

Adebowale Olayinka Adekoya

Nefrologista Consultor. Departamento de Medicina, *Lagos State University Teaching Hospital*, Lagos, Nigéria.

Adetokunbo Olujimi Elegbede

Psiquiatra Consultor. Departamento de Ciências do Comportamento. *Federal Medical Centre*, Ido-Ekiti, Nigéria.

Adeolu Dosunmu

Médico responsável. Departamento de Medicina, *Federal Medical Centre*, Ido-Ekiti, Nigéria.

Tolutope Fasanmi Kolawole

Médico responsável. Departamento de Medicina, *Federal Medical Centre*, Ido-Ekiti, Nigéria.

Kelechukwu Chukwudi Nwogu

Médico responsável. Departamento de Medicina, *Federal Medical Centre*, Birnin-Kebbi, Nigéria.