



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar

**O IMPACTO DO TABAGISMO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Perspectivas
de atuação do Enfermeiro na Promoção e Prevenção**

Silvana de Araújo Gonçalves

Belo Horizonte, MG

2010

Silvana de Araújo Gonçalves

**O IMPACTO DO TABAGISMO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Perspectivas
de atuação do Enfermeiro na Promoção e Prevenção**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar – Área de Oncologia da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para conclusão de curso.

Orientadora: Dr.^a Mércia Heloisa F. Cunha

Belo Horizonte, MG

2010

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar o impacto do tabagismo em crianças e adolescentes, bem como as ações do enfermeiro na prevenção, promoção e controle do tabagismo. Ao fazer a busca com os descritores “tabagismo”, “crianças e adolescentes”, “prevenção primária”, “papel do enfermeiro” encontraram-se 3 artigos na BDNF; 10 BIREME e 3 na LILACS. A amostra foi constituída de 14 artigos científicos que atendiam aos critérios de inclusão definidos na metodologia. Através dos dados obtidos com o resultado da pesquisa, observou-se a necessidade de mais estudos científicos pelos profissionais de saúde a respeito ao tabagismo devendo também estar atualizados com as novas tendências e táticas de experimentação que crianças e adolescentes estão empregando na sua busca de identidade e definição de função.

Palavras chave: Tabagismo, Prevenção, Ações do Enfermeiro, Crianças , Adolescentes

ABSTRACT

It is an integrative literature review aimed to identify the impact of smoking in children and adolescents as well as the actions of the nurse in prevention, promotion and tobacco control. When doing a search using the keywords "smoking", "children and adolescents ", "primary prevention", "role of nurses" met three articles in BDENF, 10 in LILACS BIREME and 3. The sample consisted of 14 papers that met the inclusion criteria defined in the methodology. Using data obtained from the search result, there is a need for more scientific studies by health professionals about tobacco use should also be updated with new trends and tactics of testing children and adolescents are employing in their quest for identity and role definition.

Keywords: Tobacco Use, Prevention, Action Nurses, Children, Teens

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição das publicações segundo o ano de publicação	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - População e Amostra.....	28
Quadro 2 - Distribuição dos artigos segundo o periódico e país de origem de publicação.....	30
Quadro 3 - Distribuição do número de artigos referentes à profissão do autor	32
Quadro 4 - Distribuição do número de artigos segundo número de autores.....	32
Quadro 5 - Característica dos autores das publicações que fizeram parte da revisão	33
Quadro 6 - Distribuição dos artigos de acordo com o delineamento de estudo.....	35
Quadro 7- Distribuição dos artigos de acordo com a finalidade do estudo	36

LISTA DE SIGLAS

CDC – Centro de Controle de Doenças

CQCT – Quadro para o Controle do Tabaco

DANT- Doenças e Agravos não transmissíveis

INCA- Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PTA- Poluição Tabagista Ambiental

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Tabagismo	2
1.1.1 O Tabagismo e o Controle do Tabaco no mundo.....	3
1.1.2 O Tabagismo na America Latina	4
1.1.3 O Tabagismo no Brasil.....	5
1.2 Mortes causadas pelo tabagismo	7
1.3 O Tabaco e seus derivados	8
1.4 Doenças causadas pelo uso de derivados de tabaco.....	8
1.5 Tabagismo Passivo	9
1.6 O Câncer de Pulmão	11
1.6.1 Sintomas e Fatores de Risco	11
1.6.2 Diagnóstico.....	13
1.7 Políticas de Controle do Tabagismo.....	13
1.7.1 Proibições do Fumo em Locais Públicos e nos Locais de Trabalho.....	15
1.7.2 Quadro para o Controle do Tabaco	15
1.8 Tabagismo em Crianças e Adolescentes	16
1.8.1 Efeitos do hábito de fumar na infância e adolescência	18
1.9 Ações específicas do enfermeiro na promoção, prevenção e no controle do tabagismo	20
2 - Objetivo.....	23
3 - Procedimentos Metodológicos	24
3.1 Referencial teórico metodológico.....	24
3.2 Método.....	25

3.2.1 Etapas	26
3.3 Levantamento dos dados	27
3.3.1 População e amostra	27
3.3.2 Variáveis de estudo	29
3.3.3 Instrumento de coleta de dados	29
3.4 Análise dos dados.....	29
4 - RESULTADOS	30
4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
5 – Conclusão	44
Referências	46
APÊNDICE 1:.....	49

1 - INTRODUÇÃO

Desde 1985, o Brasil vem desenvolvendo intervenções para o controle do tabagismo. Um recente estudo sobre as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), realizado no país constatou que a pedra fundamental do Programa Nacional de Controle do Tabagismo brasileiro é a legislação ampla que entrou em vigor em 1996, restringindo o uso do tabaco em teatros, escolas, escritórios de governo e no sistema de transporte público, advertências em maços de cigarros e extensas campanhas nos meios de comunicação em massa (IGLESIAS et al., 2007).

O Brasil é um dos poucos países que dispõem de uma agência reguladora responsável pela regulamentação dos produtos derivados do tabaco, incluindo a comercialização, os teores das substâncias e a distribuição dos produtos. (IGLESIAS et al., 2007).

No Brasil, a partir da década de 1960, as neoplasias malignas, juntamente com as doenças crônico-degenerativas, substituíram as doenças infecciosas e parasitárias e se constituíram como as principais causas de mortalidade no país (ZAMBONI, 2005).

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo, sendo que mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença. O envelhecimento populacional leva a um aumento de incidência de doenças crônicas degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer (INCA, 2008).

De acordo com a previsão da *Internacional Union Against Câncer* (UICC) para 2020, é que a incidência de câncer que em 2002 foi de 11 milhões de casos subirá para 15 milhões, em função do aumento da expectativa de vida no planeta e as alterações demográficas, que indicam redução das taxas de mortalidade e de natalidade (UICC, 2006).

A explicação para este crescimento está na maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco cancerígenos, tais como o tabagismo, a redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização das condições de trabalho, a nutrição e consumo,

desencadeada pelo processo global de industrialização, tem reflexos importantes no perfil epidemiológico das populações (INCA, 2008).

1.1 Tabagismo

Segundo a Organização Mundial da Saúde -OMS (1996), o tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. A OMS afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, ou seja, uma epidemia generalizada, e como tal precisa ser combatido.

A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas diferentes que se constitui de duas fases fundamentais. A fase particulada e a fase gasosa. A fase gasosa é composta, entre outros por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído e acroleína.

A fase particulada contém nicotina e alcatrão. Essas substâncias tóxicas atuam sobre os mais diversos órgãos e sistemas contêm mais de 60 cancerígenos sendo as principais:

- Nicotina: é a causadora do vício e cancerígena;
- Benzopireno: substância que facilita a combustão existente no papel que envolve o fumo;
- Substâncias Radioativas: polônio 210 e carbono 14;
- Agrotóxicos: DDT;
- Solvente: Benzeno;
- Metais Pesados - chumbo e o cádmio (um cigarro contém de 1 a 2mg, concentrando-se no fígado, rins e pulmões, tendo meia-vida de 10 a 30 anos, o que leva a perda de capacidade ventilatória dos pulmões, além de causar dispnéia, enfisema, fibrose pulmonar, hipertensão, câncer nos pulmões, próstata, rins e estômago);

- Níquel e Arsênico: armazenam-se no fígado e rins, coração, pulmões, ossos e dentes resultando em gangrena dos pés, causando danos ao miocárdio, dentre outros.

1.1.1 O Tabagismo e o Controle do Tabaco no mundo

O tabagismo é uma das principais causas globais de óbito. A epidemia de doenças crônicas e de óbitos prematuros causados pelo fumo afetava principalmente as economias industrializadas, ainda que essa tendência esteja sendo transferida para o mundo em desenvolvimento (EZZATI & LOPES, 2003).

Segundo Ezzati & Lopes (2003) apud OMS (1999), calcula-se que o fumo tenha matado quase 5 milhões de pessoas em 2000, sendo responsável por 1 em 10 óbitos de adultos em todo o mundo, cerca de 60% das mortes entre os homens atribuídas ao tabagismo e 40 % de mortes entre as mulheres ocorreram entre pessoas de 35 a 69 anos. Aproximadamente, a metade dessas mortes ocorreu em países de baixa renda.

Durante o século XX ocorreram 100 milhões de mortes atribuíveis ao uso do tabaco, a maior parte delas em países desenvolvidos e nas economias socialistas. Caso perdurem os padrões atuais de consumo, o número de mortes anuais associadas ao tabaco deverá elevar-se para 10 milhões até 2030. O século XXI provavelmente deverá registrar um bilhão de óbitos ligados ao tabagismo, a maior parte delas ocorrendo em países de baixa renda e menor nível de educação (EZZATI & LOPES, 2003).

Estimativas indiretas sugerem que aproximadamente 300.000 pessoas morreram na América Latina e Caribe devido ao tabagismo, o que torna a causa mais importante de morte que o HIV/AIDS e a Tuberculose. Dados da pesquisa global sobre o tabaco entre jovens mostram que no mundo em desenvolvimento, muitas meninas começam a fumar nos primeiros anos da adolescência (OMS, 1999).

O fumante torna-se dependente da nicotina de forma rápida e parar de fumar é difícil; as tentativas individuais para interromper a dependência registram baixas

taxas de sucesso nos países de alta renda, e é rara a cessação nos países de renda média e baixa (OMS,1999).

O impacto do uso do tabaco não se limita aos próprios usuários. Existem evidências claras que demonstram o risco maior de câncer de pulmão entre os não fumantes expostos ao chamado fumo passivo. Estima-se 20% para as mulheres e 30 % para os homens que vivem com fumantes. Ficou também demonstrado que não fumantes que moram com fumantes tem um risco 30 % maior de sofrerem ataques cardíacos ou de morrerem de doenças cardíacas (OMS, NAÇÕES UNIDAS, 2006).

O uso do tabaco gera ainda preocupações relacionadas ao desenvolvimento. As evidências demonstram que os indivíduos mais pobres tendem a fumar mais. Para esses, o dinheiro gasto com tabaco representa um alto custo de oportunidade, pois o dinheiro não é investido em bens cruciais, como alimento para a família, educação e saúde. Além disso, o tabaco contribui para a pobreza dos indivíduos e de suas famílias. Considerando-se que os seus usuários irão sofrer de enfermidades, haverá perda de produtividade e de renda, incorrendo em maiores despesas médicas e morrendo.

O tabaco e a pobreza formam um círculo vicioso, do qual é difícil escapar, a menos que os usuários do tabaco sejam encorajados e que recebam o apoio necessário para a cessação.

1.1.2 O Tabagismo na América Latina

De acordo com os dados disponíveis na América do Norte e na América Latina, a prevalência do uso de tabaco por suas populações, entre os anos de 1996 a 1999, oscilou entre cerca de 40%, a elevada, na Argentina e no Chile, a 22%, a baixa, no Peru. Em algumas áreas urbanas, mais da metade dos jovens fuma (OMS/OPAS, 2000)

Entre os homens, a porcentagem dos fumantes varia de 47%, na Argentina e no Chile, a 26%, na Colômbia. Entre as mulheres a taxa alta é de 36%, no Chile, e a baixa de 16%, no Peru (OMS/OPAS, 2000).

Atualmente não existem dados disponíveis sobre a taxa de fumante na Região do Caribe; dizem, entretanto, que a prevalência varia entre 2% a 14% (OMS/OPAS, 2000)

Para muitos países não existem dados atualizados disponíveis. Esses dados são cruciais para a identificação das necessidades e para medir o progresso, a sua obtenção deveria ser uma prioridade em todos os países. A implementação do Levantamento Mundial sobre os Jovens e o Tabaco, em determinados países da América Latina e do Caribe, ajudará a solucionar o problema. Incentiva-se a participação de todos os países (OMS/OPAS, 2000)

1.1.3 O Tabagismo no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o tabagismo responde por 5 milhões de mortes anuais, podendo chegar a 10 milhões nos próximos 15 anos, se nada for feito para impedir a expansão do consumo, atualmente concentrada em países em desenvolvimento.

Apesar de o Brasil ser o maior produtor e o maior exportador de tabaco, a prevalência de fumantes caiu em quase 50% entre 1989 e 2003, graças à eficácia do Programa Nacional de Controle do Tabagismo articulado pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Inca (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo CEBRID (2001), com relação à epidemiologia do consumo de tabaco na população brasileira, dados importantes são provenientes da pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, conduzida em 1989. Identificou-se a prevalência total de fumantes no Brasil atingiu a impressionante taxa de 34,8%, correspondendo a cerca de 30,6 milhões de fumantes na faixa etária acima de 15 anos, sendo 18,2 milhões de homens (43,3%) e 12,4 milhões de mulheres tabagistas ativos (27,0%).

No Brasil, 23 brasileiros morrem por hora devido ao tabagismo, cerca de 200 mil por ano. O tabaco está associado a pelo menos 50 doenças, entre elas o câncer de pulmão, de boca e de faringe, doenças respiratórias obstrutivas crônicas, como enfisema e bronquite, além de infarto e angina. Fumar ainda pode causar impotência

sexual no homem, aneurismas arteriais, trombose vascular, úlcera do aparelho digestivo e complicações na gravidez (OMS, 2002)

Segundo GODOY (2010), no Brasil, muito tem sido feito nos últimos 15 anos para controlar a epidemia tabácica, e os resultados positivos são evidentes e estimulam todos a lutar por novas conquistas. Dentre elas, medidas que protejam os menos favorecidos do ponto de vista financeiro ou educacional devem ser priorizadas. Os ambientes 100% livres do cigarro, já adotados com sucesso em alguns municípios e estados da federação, e a revisão da lei 9294/96 pelo Congresso Nacional, com o mesmo objetivo, são medidas que visam proteger toda a população, independentemente de classe social ou nível educacional. O aumento no preço dos cigarros é também uma medida altamente efetiva para diminuir o consumo de tabaco, particularmente entre adolescentes.

A aprovação de Legislação Nacional que consagre os ambientes internos e externos, de uso comum, livres da fumaça do cigarro, sem a permissão de fumódromos, e o aumento do preço do cigarro devem ser acompanhados de um maior número de centros de tratamento que disponham de todos os recursos com nível de eficácia reconhecido nas diretrizes sobre o tema. O tratamento desses fumantes é extremamente importante para diminuir os efeitos do tabagismo sobre a saúde dos dependentes e também reduzir os recursos financeiros necessários para o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco (GOGOY, 2010).

As medidas adotadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo são efetivas. Além disso, reforçam que muitas pessoas param de fumar apesar da oferta ainda insuficiente de centros de tratamento e de suporte farmacológico, assim como do comprometimento pouco satisfatório dos profissionais de saúde brasileiros no que se refere à abordagem dos fumantes. Entretanto, alguns indicadores, que podem permitir estimar o futuro da pandemia, ainda são pouco conhecidos (GODOY, 2010)

Na cidade do Rio de Janeiro, essa prevalência foi de 9,1% entre meninos. Além disso, são pouco conhecidas a prevalência e as características do tabagismo dos residentes das áreas rurais, incluindo o uso do cigarro manufaturado de fumo enrolado em papel ou palha. Essa última forma torna-se mais importante quando se

verifica prevalências mais altas de tabagismo ativo entre os indivíduos de menor poder aquisitivo e com menor nível de escolaridade (GODOY, 2010)

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, as seis medidas consideradas mais eficientes para controle do tabagismo incluem:

- 1) Monitorizar o uso do tabaco e estabelecer políticas de prevenção
- 2) Proteger a população contra a exposição à fumaça do cigarro
- 3) Oferecer ajuda para a cessação do tabagismo
- 4) Alertar para os danos do cigarro
- 5) Banir a publicidade, promoções e patrocínios relacionados com o tabaco
- 6) Aumentar o imposto sobre o tabaco

1.2 Mortes causadas pelo tabagismo

Atualmente o tabaco é o causador da morte de quatro milhões de pessoas anualmente. No ano 2030, matará 10 milhões de pessoas. Sete em cada 10 dessas mortes ocorrerão em países em desenvolvimento (OMS/OPAS, 2000)

Segundo dados da OMS/OPAS, (2000) o tabagismo é a principal causa previsível de óbitos nas Américas, matando todos os anos, cerca de 625.000 pessoas, em números estimados (430.000, nos EUA, 150.000, na América Latina e na Região do Caribe, e 45.000, no Canadá).

O tabagismo, que mata através de doenças crônicas tais como cardiopatias, câncer e doenças pulmonares, contribuiu para que as causas de morte na Região passassem das doenças infecciosas para as não infecciosas. Na América Latina, já há mais pessoas morrendo devido a doenças não infecciosas (muitas destas causadas pelo tabagismo) do que de doenças transmissíveis, afecções maternas e perinatais e carências nutritivas. A tendência para doenças não transmissíveis deverá continuar (OMS/OPAS, 2000).

Apesar da relativa baixa prevalência, em termos gerais, em alguns países do Caribe, continua sendo importante controlar o tabagismo por serem as cardiopatias, os derrames cerebrais e o câncer as principais causas de morte nesses países (OMS/OPAS, 2000).

Por falta de coleta de dados, em muitos países não existem informações detalhadas disponíveis. Torna-se mister que se introduzam medidas para melhorar as informações, tais como uma exigência em todos os países para que os atestados de óbito informem se a pessoa falecida era ou não fumante (OMS/OPAS, 2000).

1.3 O Tabaco e seus derivados

O tabaco pode ser usado de diversas maneiras de acordo com sua forma de apresentação: inalado (cigarro, charuto, cigarro de palha); aspirado (rapé); mascado (fumo de rolo); porém sob todas as formas ele é maléfico à saúde (INCA, 2002).

1.4 Doenças causadas pelo uso de derivados de tabaco

O tabagismo causa cerca de 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares tais como: a hipertensão, o infarto, a angina, e o derrame. É responsável por muitas mortes por câncer de pulmão, de boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim e bexiga e pelas doenças respiratórias obstrutivas como a bronquite crônica, e o enfisema pulmonar. O tabaco diminui as defesas do organismo e com isso o fumante tende a aumentar a incidência de adquirir doenças como a gripe e a tuberculose. O tabaco também causa impotência sexual (INCA, 2002).

Porque Fumar?

Existem vários fatores que levam as pessoas a experimentar o cigarro ou outros derivados do tabaco. A maioria delas é influenciada principalmente pela publicidade do cigarro nos meios de comunicação, no caso dos jovens é ainda pior porque pais, professores, idosos e amigos também exercem uma grande influencia.

Antes dos 19 anos de idade o jovem está na fase de construção de sua personalidade. Pesquisas mostram que a maioria dos adolescentes fumantes iniciou a fumar justamente nesta faixa etária, sendo o principal fator que favorece o tabagismo entre os jovens é, principalmente, a necessidade de autoafirmação (OMS, 1996).

Há algum tempo atrás a publicidade manipulava psicologicamente levando diferentes grupos (adolescentes, mulheres, indivíduos de baixo poder aquisitivo, dentre outros) que acreditavam que o tabagismo era muito mais comum e socialmente aceito do que era na realidade e através das demandas sociais e das fantasias dos comerciais que usavam mulheres bonitas, bem vestidas, homens fortes, bonitos, jovens curtindo a natureza ou em festas muito bem acompanhados todos estes personagens fazendo uso de cigarro. Hoje, este tipo de publicidade foi proibido no Brasil, A lei 10.167 restringe a propaganda de cigarros e derivados (OMS,1996)

1.5 Tabagismo Passivo

Define-se tabagismo passivo como a inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados. A fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados é denominada poluição tabagística ambiental (PTA) e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), torna-se ainda mais grave em ambientes fechados. O tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool (IARC, 1987; Surgeon, 1986; Glantz, 1995).

O ar poluído contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono, e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro.

A absorção da fumaça do cigarro por aqueles que convivem em ambientes fechados com fumantes causa em adultos não fumantes, maior risco de doença por causa do tabagismo. Proporcionalmente ao tempo de exposição à fumaça; um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do coração do que em não

fumantes que não se expõem. Em crianças maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio; risco de doenças respiratórias como pneumonia, bronquites e exacerbação da asma e em bebês um risco 5 vezes maior de morrerem subitamente sem uma causa aparente (Síndrome da Morte Súbita Infantil); maior risco de doenças pulmonares até 1 ano de idade, proporcionalmente ao número de fumantes em casa.

Fumantes passivos também sofrem os efeitos imediatos da poluição tabagística ambiental, tais como, irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e aumento dos problemas cardíacos, principalmente elevação da pressão arterial e angina (dor no peito). Outros efeitos a médio e longo prazo são a redução da capacidade funcional respiratória (o quanto o pulmão é capaz de exercer a sua função), aumento do risco de ter aterosclerose e aumento do número de infecções respiratórias em crianças.

Os dois componentes principais da poluição tabagística ambiental (PTA) são a fumaça exalada pelo fumante (corrente primária) e a fumaça que sai da ponta do cigarro (corrente secundária). Sendo, esta última o principal componente da PTA, pois em 96% do tempo total da queima dos derivados do tabaco ela é formada. Algumas substâncias, como nicotina, monóxido de carbono, amônia, benzeno, nitrosaminas e outros carcinógenos podem ser encontradas em quantidades mais elevadas. Isto porque não são filtradas e devido ao fato de que os cigarros queimam em baixa temperatura, tornando a combustão incompleta (IARC, 1987).

Em uma análise feita pelo INCA, em 1996, em cinco marcas de cigarros comercializados no Brasil, verificou-se níveis duas 2 vezes maiores de alcatrão, 4,5 vezes maiores de nicotina e 3,7 vezes maiores de monóxido de carbono na fumaça que sai da ponta do cigarro do que na fumaça exalada pelo fumante. Os níveis de amônia na corrente secundária chegaram a ser 791 vezes superior que na corrente primária.

A amônia alcaliniza a fumaça do cigarro, contribuindo assim para uma maior absorção de nicotina pelos fumantes, tornando-os mais dependentes da droga e é,

também, o principal componente irritante da fumaça do tabaco (Ministério da Saúde, 1996).

1.6 O Câncer de Pulmão

O câncer de pulmão, doença rara no início do século XX, atualmente é o tipo de câncer mais comum de todos os tumores malignos, com um aumento de 2% ao ano em sua incidência mundial e se configura como um problema de saúde pública (INCA, 2008)

De acordo com a histopatologia, o câncer de pulmão é classificado em dois tipos: o primeiro tipo é o câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) que corresponde a um grupo heterogêneo composto de três subtipos: adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas (epidermóide) e carcinoma de grandes células. O segundo tipo é o de pequenas células (CPPC) que corresponde a um grupo formado por três subtipos: linfóide (*oat cell*), intermediário e combinado (pequenas células, carcinoma epidermóide ou adenocarcinoma), cujo prognóstico é muito pior devido à disseminação frequentemente rápida (INCA, 2008).

1.6.1 Sintomas e Fatores de Risco

No Brasil e na maioria dos países desenvolvidos o câncer de pulmão ocupa a primeira posição em mortalidade por câncer no sexo masculino e, em 90% dos casos a principal causa é o tabagismo. Além disso, apesar dos avanços terapêuticos, esse tipo de câncer apresenta uma alta letalidade (SAMET, 1995).

O usuário de produtos do tabaco é exposto continuamente a mais de 4 mil substâncias tóxicas, muitas delas cancerígenas. Essa exposição faz do tabagismo a principal causa isolada de câncer do mundo. Além do câncer de pulmão, o tabagismo é também fator de risco para câncer de laringe, pâncreas, fígado, bexiga, rim, leucemia mielóide e, associado ao consumo de álcool, aumenta o risco de câncer da cavidade oral e esôfago (ROSEMBERG, 1987)

A carga da doença provocada pelo tabaco estende-se também ao tabagismo passivo. Desde a década de 1980, a literatura científica vem acumulando evidências de que o tabagismo passivo está associado a uma série de agravos, tais como: câncer de pulmão e infarto em não fumantes, doenças respiratórias agudas em crianças e retardo no crescimento ultraterino, como consequência da exposição ao fumo durante a gravidez. A simples separação de fumantes e não fumantes num mesmo espaço pode reduzir, mas não eliminar a exposição de não fumantes à poluição tabagística ambiental. Estudos recentes mostram que, entre os não fumantes cronicamente expostos à fumaça do tabaco nos ambientes, o risco de desenvolvimento do câncer de pulmão é 30% maior do que o risco entre os não-fumantes não expostos a fumaça do cigarro. Da mesma maneira, o risco de não fumantes expostos à fumaça do tabaco de desenvolver doenças cardiovasculares é 24% maior do que entre os não fumantes que não foram expostos (ROSEMBERG, 1987).

Segundo dados de 2008 do Instituto Nacional Do Câncer (INCA), independentemente do tipo celular ou subcelular dos achados histopatológicos do câncer, o tabagismo sem dúvida alguma é o principal fator de risco do câncer pulmonar, sendo responsável por 90% dos casos. Outros fatores relacionados ao câncer pulmonar são os seguintes agentes químicos: o arsênio, o asbesto, o berílio, o cromo, o radônio, o níquel, o cádmio e o cloreto de vinila, encontrados principalmente no ambiente ocupacional. Além dos fatores dietéticos relacionados ao baixo consumo de frutas e verduras, a doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica), os fatores genéticos que predisõem à ação carcinogênica de compostos inorgânicos de asbesto e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e a história familiar de câncer de pulmão.

Uma importante estratégia para a mudança da aceitação social do tabagismo é estimular a criação de ambientes livres da poluição tabagística ambiental o que é crucial em se tratando de um ambiente de saúde. É fundamental, que o profissional de saúde dê exemplo, procurando deixar de fumar, ou pelo menos se abster de fumar na presença dos pacientes e na comunidade em que atua (INCA, 1997).

1.6.2 Diagnóstico

O diagnóstico precoce é o procedimento utilizado na tentativa de se descobrir o mais cedo possível uma doença, através dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresente, principalmente quando associados à presença de fatores de risco (INCA, 2008).

Dentre os meios para a detecção precoce do câncer de pulmão está a incorporação crescente de novas tecnologias de diagnóstico que resultou em uma expansão da perspectiva de utilização de procedimentos e de programas de prevenção secundária do câncer. Quanto mais cedo o câncer for diagnosticado, maior será a chance de cura, de sobrevivência e da qualidade de vida, além da relação efetividade/custo ser melhor (INCA, 2008).

1.7 Políticas de Controle do Tabagismo

Não existe nenhuma intervenção-chave para o controle do tabagismo. O consenso atual sobre os programas de controle do tabaco sugere que as medidas mais eficazes são aquelas destinadas a reduzir a demanda, que incluem: impostos elevados sobre os cigarros, medidas independentes de preços para controle do consumo (informações aos consumidores, proibição de propaganda e promoção de cigarros, advertências e restrições sobre o fumo em locais públicos) e maior acesso aos programas de cessação. Com exceção do controle do contrabando, não existe muita evidência da efetividade acerca das restrições impostas sobre o lado da oferta, como no acesso dos jovens ou na substituição de plantações ou do comércio do tabaco (OMS & NAÇÕES UNIDAS, 2006)

O principal objetivo das políticas de controle do tabaco é a melhoria da saúde e as intervenções dos governos no mercado do tabaco são justificadas por vários motivos. Em especial os mais jovens e os mais pobres, não estão plenamente conscientes dos altos riscos de doença e de mortes prematuras devido ao consumo de derivados do tabaco. Outra questão, o tabaco impõe custos sobre os não fumantes, como prejuízos à saúde, além do incômodo e da irritação causados pela exposição à fumaça. Finalmente, os fumantes podem impor custos financeiros sobre

outras pessoas, como é o caso das despesas mais elevadas com serviços de saúde. Quando a saúde é financiada por impostos, os não fumantes terminam por arcar com parte dos custos de saúde dos que fumam.

Os países da OCDE adotaram programas abrangentes de controle do tabagismo, com o objetivo de reduzir o consumo, com base em vários instrumentos que interagem entre si, reforçando o seu efeito individual. Os programas de controle de tabagismo em geral focalizam a prevenção da iniciação, a cessação e a redução da exposição de não fumantes à fumaça ambiental do tabaco.

Os instrumentos ou mecanismos para reduzir a demanda são os aumentos de preços e de impostos, a divulgação de informação sobre as conseqüências para a saúde, as restrições ao fumo que não estejam relacionadas aos preços e a regulamentação dos produtos do tabaco.

Impostos: A elevação da carga tributária é o principal instrumento para o controle da demanda. Nos países de alta renda, os impostos correspondem a dois terços ou mais do preço de varejo de um maço de cigarros.

Informação: Nos países da OCDE, as pesquisas sobre as causas, conseqüências e custos do uso do tabaco fizeram com que as pessoas ficassem mais conscientes sobre os riscos causados pelo tabagismo para a saúde, contribuindo para a criação de um ambiente favorável para a implementação de políticas destinadas ao seu controle (EZZATI & LOPES, 2003).

O impacto da informação é diferente de acordo com a idade e o nível de educação da população. Quanto mais alto for o nível de educação, mais rápido será a mudança de comportamento como resultado de novos dados informados sobre os perigos à saúde gerados pelo tabagismo.

As evidências que vêm nos países desenvolvidos demonstram que os mais jovens parecem responder menos que os adultos às informações sobre as conseqüências para a saúde causadas pelo fumo. Aparentemente, a promoção da saúde é contratada pela propaganda comercial. Os programas educacionais para o controle do tabagismo desenvolvidos em escolas parecem ser menos eficazes que muitos outros tipos de informação, embora se tornem mais efetivos quando as

intervenções continuam a empregar técnicas modernas de marketing e mensagens ajustadas aos interesses e às motivações dos jovens, em vez de focalizar nos efeitos de longo prazo sobre a saúde (EZZATI & LOPES, 2003; REW et al., 2004).

Desde a década de 60 um número cada vez maior de governos passou a exigir que as empresas de cigarros incluam advertências em seus produtos. A evidência tem demonstrado que esses avisos são eficazes para a redução do consumo e para indução da cessação, sempre que os avisos forem grandes, claros e incluírem palavras fortes e efeitos específicos. É possível que esse instrumento não atinja os pobres em países de renda baixa e média, onde os cigarros são comprados um de cada vez, e não em maços, ou onde são vendidos cigarros fabricados ilegalmente, sem qualquer tipo de advertência.

1.7.1 Proibições do Fumo em Locais Públicos e nos Locais de Trabalho

Há evidências que comprovam que os não fumantes expostos durante a vida inteira à fumaça tem maior risco de desenvolverem câncer de pulmão. Estudos identificaram muitos efeitos danosos do fumo passivo sobre a função respiratória, doenças cardíacas e desenvolvimento infantil. As conclusões sobre os efeitos negativos do fumo passivo acrescentaram uma nova dimensão aos argumentos em defesa de políticas legais direcionadas à restrição do fumo em locais privados e públicos, além de locais de trabalho. Essas restrições protegem os não fumantes, reduzem o consumo de cigarros entre os fumantes e estimulam a cessação (OMS, 2003)

1.7.2 Quadro para o Controle do Tabaco

A CQCT foi desenvolvida pela OMS em resposta à expansão da epidemia do tabaco; a propagação da epidemia foi exacerbada por uma variedade de fatores complexos que causam impactos entre fronteiras, incluindo a liberação do comércio, o investimento estrangeiro direto, a comercialização global, a propaganda, a promoção e o patrocínio transnacionais do tabaco e o contrabando e a falsificação internacional de cigarros (OMS, 2003)

Os dispositivos centrais da CQCT para a redução da demanda são: medidas fiscais e medidas relacionadas aos preços; medidas não-relacionadas aos preços, que incluem:

- Proteção contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco;
- Regulamentação do teor dos produtos derivados do tabaco;
- Regulamentação das informações sobre os produtos do tabaco;
- Embalagem e rotulação dos produtos do tabaco;
- Educação, comunicação, treinamento e conscientização pública;
- Propaganda, promoção e patrocínio do tabaco;
- Cessação

Os dispositivos centrais destinados à redução da oferta são:

- Reduzir o comércio ilegal dos produtos do tabaco;
- Limitar as vendas a menores e as realizadas por menores;
- Apoiar as atividades alternativas que sejam economicamente viáveis.

Este é o primeiro tratado global na área da saúde negociado sob os auspícios da OMS e representa uma mudança de paradigma para o desenvolvimento de uma estratégia regulatória para conduzir questões referentes às substâncias que causam dependência (OMS, 2003)

Os países estão utilizando o tratado como um grande guarda-chuva, sob o qual promovem o fortalecimento do controle do tabagismo (OMS, 2003).

1.8 Tabagismo em Crianças e Adolescentes

Apesar de o Tabagismo ser uma doença cada vez mais divulgada no mundo todo, assim como os malefícios provocados por ela, os jovens de hoje ainda

procuram o cigarro. O início do tabagismo acontece até os 19 anos de idade (90% dos casos) e é mais freqüente de 10 a 15 anos de idade (CURY, 2010).

Geralmente, o jovem começa fumar por curiosidade, para fazer parte do grupo, por problemas em casa com a família, por problemas na escola e em três meses de utilização do cigarro eles já se tornam dependentes do mesmo. Além disso, as constantes mudanças hormonais pelas quais os jovens passam, mudanças de humor, sentimentos de menos valia e baixa autoestima, também fazem com que ele procure e se fixe no cigarro (CURY, 2010).

O tabagismo na adolescência pode ser compreendido se considerarmos o espírito de experimentação do novo e de contestação, a identificação com seu grupo, o fácil acesso à droga e o estabelecimento da dependência à nicotina num curto espaço de tempo (MALCON & BAPTISTA, 2002)

Segundo Cury (2010) os adolescentes tem a sensação de que ele pode parar de fumar quando quiser, mas não é isto que acontece. Quando ele tenta parar ele tem dificuldade, crises de abstinência e volta então a fumar. Hoje se sabe que as meninas iniciam mais na utilização do cigarro do que os meninos. Na fase adulta, a mulher tem mais dificuldade de parar de fumar do que o homem.

Outro aspecto que se nota, é a associação do cigarro com a bebida alcoólica o que dificulta muito a cessação do cigarro, além das baladas de sábado à noite serem excelentes gatilhos para o jovem procurar o cigarro (CURY, 2010).

Segundo Cury (2010), o cigarro é considerado uma porta aberta para o jovem experimentar drogas ilícitas de todos os tipos. O melhor cigarro é aquele que não é fumado. Os pais devem dialogar muito com os jovens para preveni-los da iniciação ao cigarro. Com certeza isto diminuiria muitos riscos para saúde do ser humano e melhoraria sua qualidade de vida!

O pediatra deve reforçar, na fase da pré-adolescência, as vantagens de viver com saúde e respirar ar puro, onde está implícito um ambiente livre do cigarro. Essa mobilização não é individual e deve envolver todos os profissionais ligados à saúde. É recomendável que a ação antitabagista seja desenvolvida nas consultas médicas,

nas campanhas dos postos de saúde e escolas e, na sua maior amplitude, em toda a sociedade (MALCON & BAPTISTA, 2002)

Segundo Malcon & Baptista (2002) e REW et al., (2004), a família e a escola devem estar juntas na formação das crianças e adolescentes. A família, modelo de formação para os jovens, deve exercer uma influência positiva em desencorajar o uso do cigarro, assim como estimular um bom desempenho escolar. Pais fumantes devem ser orientados, no mínimo, a tornar o ambiente da casa livre do cigarro e à cessação do tabagismo.

Para Malcon & Baptista (2002), o mau rendimento escolar decorre de fatores diversos que abrangem o ambiente e cultura familiares, as características emocionais e intelectuais do jovem, assim como as práticas e linha pedagógica da escola. A escola deve estimular o pensamento crítico dos adolescentes, aproximando-os do contexto onde vive propiciar maior integração entre professores e alunos, estimular atividades de lazer dentro da escola; capacitar professores não somente na área técnica, mas, também, no relacionamento humano, poderia reforçar os laços entre a escola e o adolescente. Professores, pais e jovens devem estar mobilizados tornar a escola um ambiente livre de fumaça do cigarro. (MALCON & BAPTISTA, 2002)

O pediatra tem um papel importante nesse processo, identificando precocemente situações de risco para o adolescente iniciar-se no vício e mobilização da família e do jovem para uma vida saudável. (MALCON & BAPTISTA, 2002)

1.8.1 Efeitos do hábito de fumar na infância e adolescência

No Brasil, o tabagismo está diretamente relacionado a 30% dos infartos do miocárdio, 25% dos acidentes vasculares cerebrais, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, sendo o fator isolado causal de 30% da mortalidade total (INCA, 2004).

Em crianças e adolescentes, os danos imediatos do tabaco estão relacionados ao aumento do número de crises de asma, bronquite e rinite alérgicas, sinusite, otite e pneumonia bacterianas. Além disso, como 90% dos fumantes iniciam

o hábito antes dos 19 anos, sendo a média de idade da iniciação aos 15 anos, o tabagismo é considerado uma doença pediátrica, que necessita de diagnóstico, tratamento e prevenção (CARLIN, 2002).

O tabagismo é considerado o mais importante problema de saúde pública e a principal causa evitável de morte em nossos dias, e as ações para sua prevenção e controle encontram-se entre as prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil (INCA, 2004)

Segundo Silva & Alayde (2006) a maior parte dos fumantes adquire o hábito de fumar e a dependência à nicotina na adolescência, iniciando-se com a experimentação de cigarros, sendo este fator um dos mais fortes preditores da adição ao tabaco na vida adulta. As seguintes variáveis também têm sido mencionadas como favorecedoras de início precoce do tabagismo em crianças e adolescentes: o hábito de fumar dos pais, irmãos, professores ou colegas mais próximos, sexo masculino, defasagem nos estudos (repetência, cursos noturnos), pais separados e trabalho remunerado.

Em função do aumento do preço dos cigarros para consumo, da implantação de programas escolares de educação contra o tabagismo e do aumento da exposição dos adolescentes a campanhas governamentais de prevenção, há evidências de que o consumo de cigarros pelos jovens se encontra em declínio nos EUA (SILVANA & ALAYDE, 2006).

Não há, entretanto, dados populacionais sobre a evolução do consumo entre jovens no Brasil. Para análises dessa natureza, os estudos de prevalência realizados ao longo do tempo são essenciais, como propõe o Inquérito de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA), que tem como finalidade monitorar a magnitude do problema do tabagismo entre os adolescentes brasileiros de 13 a 15 anos, através de inquéritos epidemiológicos periódicos realizados em escolas públicas e privadas (INCA, 2004).

1.9 Ações específicas do enfermeiro na promoção, prevenção e no controle do tabagismo

É possível a atuação do profissional enfermeiro no controle do tabagismo nas diversas estratégias de controle, na prevenção primária da iniciação, cessação de fumar, disseminação de informações e no apoio legislativo, dentre outras ações (INCA, 1997).

No desenvolvimento de ações educativas, é importante que o profissional enfermeiro na sua rotina de atendimento à comunidade, atue aconselhando para que os jovens não iniciem o consumo do tabaco. É importante, também, que esses profissionais valorizem o tratamento do tabagismo como o de qualquer outra patologia e estejam instrumentados com as informações necessárias para apoiar, de forma efetiva, os pacientes fumantes no processo de cessação de fumar (INCA, 1997).

Como formadores de opinião, no que se refere às questões de saúde, o enfermeiro, através dos seus órgãos de classe (sindicatos, associações, conselhos regionais), pode contribuir para a implementação de medidas legislativas que respaldem as ações educativas. É importante que a classe se posicione, cobrando dos legisladores a criação de leis que protejam os não fumantes da exposição involuntária à fumaça dos derivados do tabaco e que protejam os jovens da indução ao consumo de derivados do tabaco na população (INCA, 2008).

Os enfermeiros são importantes multiplicadores das ações primárias nos locais de trabalho. Nenhum profissional de saúde tem um contato tão prolongado com o paciente como o enfermeiro. Este contato é o grande facilitador para a abordagem mínima do paciente fumante, possibilitando a orientação e aconselhamento a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco. Cabe ao profissional de saúde, em sua prática diária, estimular e orientar seus pacientes a deixarem de fumar e os acompanharem nesse processo (INCA, 2008).

Pesquisas mostram que 95% dos ex-fumantes deixaram de fumar por autodecisão com apoio de campanhas, materiais de autoajuda e/ou por intervenções

mínimas em consultas de rotina. Toda vez que o enfermeiro estiver cuidando de um paciente fumante, ele deve abordar a questão, procurando estimulá-lo a deixar de fumar. A metodologia recomendada para isso e denominada PAAPA, quer dizer: Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare e Acompanhe o fumante no processo de cessação. A princípio, essa abordagem atinge os fumantes mais motivados a deixar de fumar e com menos dependência física à nicotina (INCA, 2008).

Em contrapartida, aqueles fumantes com maior dependência se beneficiarão de uma abordagem intensiva, oferecida quando o paciente busca ajuda para deixar de fumar. O enfermeiro deve estar preparado e capacitado para ajudá-lo nesse processo. É possível tratar o fumante no Sistema Único de Saúde (SUS), com distribuição gratuita de material e medicamento de apoio (INCA, 2008).

Nesse caso, o enfermeiro pode aplicar, em sua prática assistencial, seus conhecimentos sobre fatores de risco para o câncer, e medidas de prevenção, sinais e sintomas de alerta para o câncer que podem levantar uma suspeita de diagnóstico de câncer e determinar o encaminhamento dos pacientes aos serviços de saúde.

Em função das causas citadas anteriormente sentiu-se a necessidade se identificar as ações primárias para o controle do tabagismo com a adoção de uma política de prevenção em parceria com os órgãos públicos (INCA, 2008).

A prevalência de tabagismo entre jovens das regiões Sudeste e Sul é maior do que das regiões Norte e Nordeste, mostrando que, nas regiões mais urbanizadas há um aumento de consumo nas faixas etárias mais jovens.

As prevalências são maiores nos grupos populacionais com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo), esta população menos assistida, tenderá a apresentar maior gravidade de saúde com incidências elevadas de doenças como câncer de pulmão/laringe/esôfago, infarto do miocárdio, doenças cerebrovasculares e enfisema pulmonar.

Um fator promissor em nosso país é o elevado índice de cessação de uso de tabaco, em torno de 50% em todas as capitais pesquisadas; superior ao de outros países (nos EUA, por exemplo, são 40%).

No desenvolvimento de ações educativas, é importante que o profissional enfermeiro na sua rotina de atendimento à comunidade, atue aconselhando para que os jovens não iniciem o consumo do tabaco. É importante, também, que esses profissionais valorizem o tratamento do tabagismo como o de qualquer outra patologia e estejam instrumentados com as informações necessárias para apoiar, de forma efetiva, os pacientes fumantes no processo de cessação de fumar (INCA, 1997).

2 - OBJETIVO

Identificar o impacto do tabagismo em crianças e adolescentes, bem como as ações do enfermeiro na prevenção e promoção de hábitos saudáveis de vida.

3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Referencial teórico metodológico

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional sobre o tema de estudo.

Os termos revisão literária, revisão integrativa e metanálise apresentam muitas semelhanças, porém é necessário ressaltar que os mesmos apresentam significados diferentes, já que são usados de forma errônea em muitos estudos (BEYEA & NICOLL,1998).

Na visão de Beyea & Nicoll (1998), a revisão integrativa é um tipo de revisão literária que possibilita fazer uma sumarização das pesquisas já concluídas e publicadas, além de permitir a obtenção de conclusões consensuais ou não a partir de um tema de interesse. De acordo com as autoras uma revisão integrativa bem feita vai encontrar-se num mesmo patamar que os estudos primários em relação à clareza, rigorosidade e replicação.

Segundo Silva (2004), a revisão integrativa é caracterizada como um instrumento de obtenção, identificação, análise e sumarização da literatura, direcionada a um tema específico.

Para Whitemorel & Knafal (2005), a revisão integrativa é o único método que permite a combinação de diferentes metodologias, além de proporcionar o desempenho na Prática Baseada em Evidências para o campo da enfermagem. Nesse sentido, as revisões integrativas contribuem para a construção da ciência da enfermagem, ao fornecer informações para as pesquisas, para as práticas em saúde e propor iniciativas para as políticas públicas de saúde.

Apesar da variação metodológica utilizada na revisão integrativa, que permite utilizar de forma ampla a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, ou seja, a inclusão de dados literários teóricos e de dados empíricos, objetivando compreender de forma mais completa um fenômeno consensual,

existem normas e padrões que devem ser seguidos com rigor metodológico (WHITTEMORE & KNAFL, 2005).

3.2 Método

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional sobre o tema de estudo.

Os termos: revisão literária, revisão integrativa e metanálise apresentam muitas semelhanças, porém vale ressaltar que os mesmos apresentam significados diferentes, já que são usados de forma errônea em muitos estudos (Beyea & Nicoll, 1998).

A revisão integrativa da literatura figura como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura, direcionada a um tema específico. Tem como característica sumarizar conclusões de estudos realizados anteriormente para oferecer uma compreensão abrangente de um tópico específico (Whittemore & Knafl, 2005).

Na visão de Beyea & Nicoll (1998), a revisão integrativa é um tipo de revisão literária que possibilita fazer uma sumarização das pesquisas já concluídas e publicadas, além de permitir a obtenção de conclusões consensuais ou não, a partir de um tema de interesse. Para ela, uma revisão integrativa bem feita vai encontrar-se num mesmo patamar que os estudos primários em relação à clareza, rigorosidade e replicação.

Segundo Silva (2004), a revisão integrativa é caracterizada como um instrumento de obtenção, identificação, análise e sumarização de literatura, direcionada a um tema específico.

Para Wittemore & Knalf (2005), a revisão integrativa é o único método que permite a combinação de diferentes metodologias, além de proporcionar o desempenho na PBE para o campo de enfermagem. Nesse sentido, as revisões integrativas contribuem para a construção da ciência de enfermagem, fornece

informações para pesquisas, para as práticas em saúde e propõe iniciativas para as Políticas Públicas de Saúde.

3.2.1 Etapas

Para Domenico & Ide (2003), a Prática Baseada em Evidências é constituída pelos seguintes elementos: técnicas para tomada de decisões, acesso às informações científicas e análise da validade das informações coletadas.

De acordo com Whitemore & knafl (2005), a revisão integrativa deve ser conduzida através de um método rigoroso e sistemático, composto por etapas definidas, uma vez que a mesma combina diversos dados que a torna uma revisão complexa e desafiante. Para eles, as etapas seguidas em toda a condução da operacionalização da revisão integrativa englobam: identificação do problema; levantamento da literatura; avaliação crítica dos estudos; análise dos dados e redação da revisão.

De acordo Whitemore & knafl (2005), a revisão integrativa deve ser conduzida através de um método rigoroso e sistemático, composto por etapas definidas, uma vez que a mesma combina diversos dados que a torna uma revisão complexa e desafiante.

As etapas seguidas em toda a condução de operacionalização da revisão integrativa englobam:

- Identificação do problema de estudo;
- Levantamento da literatura;
- Avaliação crítica dos estudos;
- Análise dos dados;
- Redação da revisão.

3.3 Levantamento dos dados

3.3.1 População e amostra

A população obtida foi composta por toda a literatura indexada nos bancos de dados: BDNF, BIREME, LILACS No banco de dados da BDNF, foram encontrados 3 artigos potencialmente elegíveis, mediante a combinação dos descritores de assunto: “Tabagismo” or “Abandono do tabagismo” or “Tabagismo passivo” descriptor de assunto and “Prevenção” or “Prevenção Primária” palavras and “Enfermagem” or “cuidados básicos de enfermagem” or “educação continuada em enfermagem” or “educação em enfermagem” or “equipe de enfermagem” descriptor de assunto ; e 10 artigos mediante a combinação dos descritores Tabagismo “or “abandono do tabagismo” or “programa nacional de controle do tabagismo” or “tabagismo passivo” descriptor de assunto and “enfermeiro” or “avaliação de programa de enfermagem” or “cuidados básicos de enfermagem” or “educação continuada em enfermagem” or “equipe de enfermagem” or “papel do profissional de enfermagem” descriptor de assunto and “prevenção” or “prevenção primária” palavras. Após uma análise crítica dos artigos referidos, foram selecionados apenas 6 artigos relacionados ao impacto do tabagismo em crianças e adolescentes, 4 artigos foram excluídos da amostra por não conter informações relevantes sobre o assunto proposto

Na base de dados Lilacs, encontrou-se 3 artigos com a combinação dos descritores de assunto: “tabagismo” or “ programa do tabagismo” or “campanhas para o controle do tabagismo” or “tabagismo passivo” and “enfermagem” or “avaliação de programa de enfermagem” or “cuidados básicos de enfermagem” or “cuidados de enfermagem” or “equipe de enfermagem” or “papel do profissional de enfermagem” descriptor de assunto and “prevenção” or “prevenção primaria” palavras, sendo os mesmos foram citados na base de dado BDNF A população total foi de 9 referências como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 - População e Amostra

Fontes	População	Estratégia de Busca	Amostra
BDENF	3	"TABAGISMO" or "abandono do TABAGISMO" or "TABAGISMO passivo" [Descritor de assunto] and "PREVENCAO" or "PREVENCAO PRIMARIA" [Palavras] and "ENFERMAGEM" or "avaliacao de programa de ENFERMAGEM" or "cuidados basicos de ENFERMAGEM" or "educacao continuada em ENFERMAGEM" or "educacao em ENFERMAGEM" or "equipe de ENFERMAGEM" [Descritor de assunto]	3
LILACS	3	"TABAGISMO" or "abandono do TABAGISMO" or "campanhas para o controle do TABAGISMO" or "programa nacional de controle do TABAGISMO" or "TABAGISMO passivo" [Descritor de assunto] and "ENFERMAGEM" or "avaliacao de programa de ENFERMAGEM" or "cuidados basicos de ENFERMAGEM" or "cuidados de ENFERMAGEM" or "educacao continuada em ENFERMAGEM" or "educacao em ENFERMAGEM" or "equipe de ENFERMAGEM" or "papel do profissional de ENFERMAGEM" [Descritor de assunto] and "PREVENCAO" or "PREVENCAO PRIMARIA" [Palavras]	0
BIREME	10	"TABAGISMO" or "abandono do TABAGISMO" or "campanhas para o controle do TABAGISMO" or "programa nacional de controle do TABAGISMO" or "TABAGISMO passivo" [Descritor de assunto] and "ENFERMAGEM" or "avaliacao de programa de ENFERMAGEM" or "cuidados basicos de ENFERMAGEM" or "cuidados de ENFERMAGEM" or "educacao continuada em ENFERMAGEM" or "educacao em ENFERMAGEM" or "equipe de ENFERMAGEM" or "papel do profissional de ENFERMAGEM" [Descritor de assunto] and "PREVENCAO" or "PREVENCAO PRIMARIA" [Palavras]	6
Busca reversa			5
Total	16		14

3.3.2 Variáveis de estudo

As variáveis de estudo foram relacionadas em relação:

- Aos autores: profissão, área de atuação, país de origem, qualificação.
- Às publicações: fonte, nível de evidência, delineamento;
- Ao conteúdo da publicação: objetivos, principais resultados, conclusões;
- À variável de interesse: hábito de fumar, tabagismo (crianças e adolescentes), ações do enfermeiro na prevenção e promoção de saúde.

3.3.3 Instrumento de coleta de dados

Para a condução do estudo foi elaborado um instrumento sistematizado de coleta de dados, o qual será preenchido após a leitura e análise de cada artigo composto na amostra final, com o objetivo de facilitar o processo de coleta e análise dos dados (APÊNDICE 1).

3.4 Análise dos dados

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis de estudo a partir da elaboração de quadros sinópticos, em que buscou-se um grau de concordância ou divergência dos dados para maior compreensão do problema da temática em estudo

4 - RESULTADOS

A amostra final foi alcançada após análise dos 14 artigos que englobaram os critérios de inclusão e que abordaram aspectos relacionados ao impacto do tabagismo em crianças e adolescentes: Perspectivas de atuação do enfermeiro na promoção e prevenção. Com relação ao tipo de revista de publicação dos artigos, pode-se observar a seguinte distribuição conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos segundo o periódico e país de origem de publicação

Artigos	Periódico	País
1	<i>Crit Care Nurs Clin North</i>	USA
2,	<i>J.Sch Nurs</i>	USA
3	<i>J Community Health Nurs</i>	USA
4	<i>Semin Oncol Nurs</i>	USA
5	<i>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs</i>	USA
6	<i>Rev. Gaúcha enfermagem</i>	Brasil
7	<i>J Holist Nurs</i>	USA
8	<i>Acta Paul.Enfermagem</i>	Brasil
9	<i>Cogitare Enfermagem</i>	Brasil
10	<i>Jornal de Pediatria</i>	Brasil
11	<i>Arq. Ciência Saúde</i>	Brasil
12	<i>Jornal Bras. Pneumologia</i>	Brasil
13	<i>Rev. Eletronica Salud Mental</i>	Brasil
14	<i>J.Bras.Pneumologia</i>	Brasil

Após análise do quadro 2, observa-se que 6 publicações são provenientes dos Estados Unidos da América e 8 do Brasil e A análise relacionada ao ano de publicação dos estudos está apresentada na figura 1.

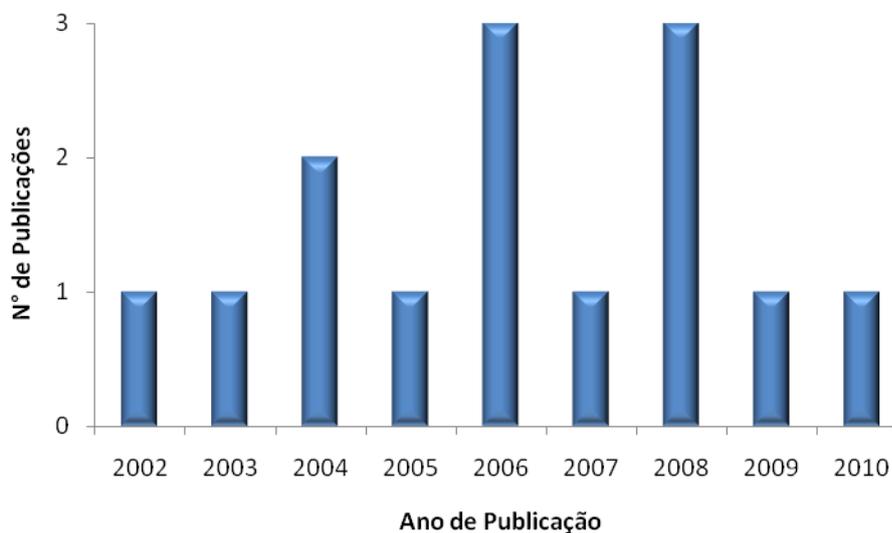


Figura 1- Distribuição das publicações segundo o ano de publicação

Nota-se que as publicações pertinentes ao presente estudo estão distribuídas entre os anos de 2002 a 2010, como demonstrado na figura 1. Sendo que 1 publicação se deu no ano de 2002, 1 em 2003, 2 em 2004, 1 em 2005, 3 em 2006, 1 em 2007, 3 em 2008 ;1 em 2009 e por último 1 publicação em 2010, o que indica que os estudos relacionados ao impacto do tabagismo em crianças e adolescentes, têm sido realizados num período de aproximadamente um ano entre cada publicação. Isso reflete a necessidade dos profissionais de saúde em revisar a importância da prevenção, promoção de saúde na cessação do tabagismo em crianças e adolescentes, baseados em evidências científicas atuais e contextualizadas.

A variável referente à profissão dos autores dos artigos está exposta no quadro 3, conforme apresentação abaixo.

Quadro 3 - Distribuição do número de artigos referentes à profissão do autor

PROFISSÃO	NÚMERO DE ARTIGO	PORCENTAGEM
Enfermeiro	4	28,56%
Outros Profissionais	7	49,9%
Não Identificados	3	21,42%
TOTAL	14	100

Quanto à análise do tabagismo referente à profissão dos autores dos artigos, percebeu-se que 4, ou seja, 28,56 %, foram desenvolvidos por enfermeiros, 7 artigos 49,9% por outros profissionais, e em 3, que equivalem 21,42%, não foi possível identificar a profissão do autor.

Outra análise feita foi em relação ao número de autores por artigo, na qual se observou que a maioria foi escrito por mais de um autor, representando 7,14% por apenas um autor e 92,86% por mais de um autor. Esta análise está apresentada no quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição do número de artigos segundo número de autores

Número de autores	Número de artigo	Porcentagem
1	1	7,14%
2	3	21,43%
3	4	28,57%
4	3	21,43%
5	3	21,43%
Total	14	100%

Após análise do quadro 4, ficou evidente o interesse dos profissionais em escrever em conjunto/interface, enfatizando a importância da interdisciplinaridade na intervenção do tabagismo.

A análise dos resultados referente à qualificação e área de atuação dos autores está apresentada no quadro 5.

Quadro 5 - Característica dos autores das publicações que fizeram parte da revisão

Literatura	Profissão	Qualificação	Área de atuação
1 – Deckers; Farley; Heath (2006)	1 médico	2 mestres	1 Pediatra
	2 enfermeiros	1 doutor	2 Professores
2 – Fritz et al. (2008)	4 enfermeiros	3 doutores	3 Professores
		1 Mestre	1 Enfermeiro
3 – Krainuwat (2005)	1 Enfermeiro	1 Mestre	1 Professor
4 – Difranza; Wellman (2003)	2 Médicos	Graduado	2 Professores
		Doutor	
5 – Gaffney; Wichaikhum; Dawson (2002)	Não Especificado	2 Doutores	Não Especificado
		1 Mestre	
6 – Araújo; Witt (2006)	2 Enfermeiras	1 Mestre	2 Professoras
		1 Doutora	
7 – Rew et al. (2004)	Não especificado	3 Mestres	4 Professores
		1 Doutor	
8 – Sawicki; Rolim (2004)	2 Enfermeiras	1 Graduada	1 Enfermeira
		1 Doutora	1 Professora
9 – Machado; Alerico; Sena (2007)	1 Acadêmica	Graduanda	1 Enfermeira
	2 Enfermeiras	1 Mestre	1 Professora
10 – Silva et al. (2006)	3 médicos	Não especificado	3 Professores
	2 Acadêmicos		2 Pesquisadores
11 – Garcia et al. (2008)	3 Odontopediatras	3 Doutores	3 Professores
	1 Acadêmico	1 Graduando	1 Pesquisador

Literatura	Profissão	Qualificação	Área de atuação
12 – Silva; Silva; Botelho (2008)	2 Médico	1 Mestre	2 Professores
	1 Nutricionista	2 Especialistas	1 Médico
13 – Reinaldo et al. (2010)	1 Enfermeira	1 Doutora	1 Professora
	3 Acadêmica	3 Graduando	3 Pesquisadores
14 – Leitão et al. (2009)	1 Farmacêutico	3 Graduados	2 Professores
	2 Médicos	2 Graduandos	2 Pesquisadores
	2 Acadêmicos		1 Pneumologia

Os resultados apresentados na quadro 5 demonstram que 7 dos autores são enfermeiros, 3 dos autores são doutores em enfermagem, 4 dos autores são mestres em enfermagem, 2 dos autores não foram especificados, 11 dos autores são professor em enfermagem, 9 dos autores são acadêmicos, não foi especificada a qualificação de 1 autor. Em relação à área de atuação 1 autor não foi especificados, 27 trabalham na área de docência, 3 atuam como enfermeiro, 3 atuam como médicos e 8 atuam como pesquisadores.

Baseado nesses resultados pode-se perceber a atuação dos enfermeiros que realizam estudos na área da enfermagem.

Em relação ao delineamento de estudo dos artigos, pode-se observar a diversidade de delineamento, conforme o quadro 6.

De acordo com o quadro 6, os estudos apresentaram tipos de delineamentos, sendo que 12 ou 85,68% utilizaram a abordagem quantitativa; 1 ou 7,14% utilizaram a abordagem qualitativa e 1 ou 7,14% artigos utilizaram revisão integrativa.

Quadro 6 - Distribuição dos artigos de acordo com o delineamento de estudo

Literatura	Fonte	Delineamento	Nível de Evidência
1 – Deckers; Farley; Heath (2006)	BIREME	Meta Análise	Forte
2 – Fritz et al. (2008)	BIREME	Estudo primário qualitativo e quantitativo	Forte
3 – Krainuwat (2005)	BIREME	Estudo primário quantitativo	Forte
4 – Difranza; Wellman (2003)	BIREME	Estudo primário quantitativo	Forte
5 – Gaffney; Wichaikhum; Dawson (2002)	BIREME	Estudo primário quantitativo	Forte
6 – Araújo; Witt (2006)	BDENF	Estudo primário quantitativo	Forte
7 – Rew et al. (2004)	BIREME	Estudo primário quantitativo	Forte
8 – Sawicki; Rolim (2004)	BDENF	Estudo primário quantitativo	Forte
9 – Machado; Alerico; Sena (2007)	BDENF	Estudo primário quantitativo	Forte
10 – Silva et al. (2006)	SCIELO	Estudo primário quantitativo	Forte
11 – Garcia et al. (2008)	SCIELO	Estudo primário quantitativo	Forte
12 – Silva; Silva; Botelho (2008)	SCIELO	Estudo primário quantitativo	Forte
13 – Reinaldo et al. (2010)	SCIELO	Revisão Integrativa	Forte
14 – Leitão et al. (2009)	SCIELO	Estudo primário quantitativa	Forte

O quadro 7 apresenta a finalidade dos estudos caracterizados pelos autores em relação ao impacto do tabagismo em crianças e adolescentes.

Os resultados obtidos demonstraram a importância do profissional de saúde atuar na prevenção e controle do uso do tabaco, e em especial, da atuação do enfermeiro no planejamento de intervenções voltadas para a prevenção do tabagismo no nível individual, familiar e coletivo.

Os estudos apontaram a necessidade de ser implantado na grade curricular das Escolas de Enfermagem uma disciplina que aborde o tema Prevenção e Controle do tabagismo, com vistas a formação de profissionais que atuem nos diversos níveis de atenção a saúde e, em todas as faixas etárias; além de focar as consequências que o tabaco traz para a vida das pessoas fumantes e das que convivem com elas.

Logo, é importante ressaltar que apesar das dificuldades e limitações decorrentes do tabagismo, tais como as alterações físicas, psicossociais, financeiras e emocionais, a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes estão alicerçadas na conduta do cuidado e da assistência, que por sua vez engloba a humanização, a comunicação interpessoal, a interdisciplinaridade, o conhecimento técnico com respaldo científico e a troca de experiências dos atores envolvidos em todas as etapas do tabagismo.

Deste feito, nota-se a necessidade de maiores estudos por parte dos enfermeiros, em busca da construção do cuidado integral, haja vista, que a enfermagem enfrenta, na prática cotidiana, o desafio de formar e capacitar profissionais para que produzam ações de saúde que permitam um agir consciente voltado para a pessoa na sua subjetividade e singularidade.

Quadro 7- Distribuição dos artigos de acordo com a finalidade do estudo

Literatura	Finalidade
1 – Deckers; Farley; Heath (2006)	Responsabilidades dos enfermeiros nas intervenções do cuidado da saúde podem desempenhar um papel significativo na redução do uso do tabaco em toda a idade.
2 – Fritz et al. (2008)	A dependência de nicotina varia entre adolescentes; a importância de inserir no currículo escolar a cessação do tabagismo.

Literatura	Finalidade
3 – Krainuwat (2005)	Prevenir a iniciação do tabagismo entre crianças e adolescentes é a pedra fundamental para erradicar a epidemia do tabaco. A prevenção primária do uso do tabaco e a exposição deve ser um padrão de conduta para todos os enfermeiros.
4 – Difranza & Wellman (2003)	O enfermeiro tem um papel importante a desempenhar na luta contra doenças malignas induzido por tabaco, quer seja em termos de pacientes individuais ou de trabalho com a comunidade.
5 – Gaffney; Wichaikhum; Dawson (2002)	A transição da escola para a faculdade começa um tempo de crescimento pessoal, acompanhado de estresse normal de desenvolvimento. Algumas mulheres jovens usam o tabagismo como um mecanismo de enfrentamento. Com uma compreensão do desenvolvimento psicossocial, enfermeiros que cuidam de mulheres da faculdade-idade pode efetuar mudanças no comportamento de fumar.
6 – Araújo & Witt (2006)	O enfrentamento dos problemas de saúde pública exige criatividade do profissional e do cidadão enfermeiro para o processo de educação em saúde. consiste em uma criação de uma nova tecnologia de educação em saúde que serve como mecanismo potente no combate ao tabagismo e que pode ser adaptada para abordagem de diversos temas.
7 – Rew et al. (2004)	Fornecer uma visão geral de comportamentos de risco para a saúde e as morbidades e mortalidades da adolescência que estão relacionadas a esses comportamentos, as intervenções, que abordam a prevenção e promoção na saúde
8 – Sawicki & Rolim (2004)	Desenvolver medidas para motivar e ajudar os fumantes da população a cessarem o fumar, para garantir a adoção de comportamentos mais saudáveis.
9 – Machado; Alerico; Sena (2007)	Implantação de Programas de Prevenção e Combate do Tabagismo.
10 – Silva et al. (2006)	Reflexão sobre os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar; a utilização do tabaco entre adolescentes em geral pode estar associada ao sucesso, à necessidade de aceitação, as questões familiares, separação dos pais, de ser esteticamente adequado a um padrão de beleza que a sociedade de consumo exige, entre outros fatores que incentivam o seu uso.

Literatura	Finalidade
11 – Garcia et al. (2008)	A importância de se conhecer o perfil dos adolescentes que utilizam tabaco ajuda a entender a sua relação com o hábito de fumar e a planejar ações de prevenção e combate ao tabagismo.
12 – Silva; Silva; Botelho (2008)	Descrevem a importância da atuação dos profissionais de saúde de desenvolverem ações educativas, estratégias de prevenção e promoção que alcancem os adolescentes, reduzindo o número de fumantes nessa faixa etária.
13 – Reinaldo et al. (2010)	As políticas de saúde para a área trabalham para prevenir e reduzir o consumo, alertando em relação ao risco ao qual essa população se expõe quando utiliza tabaco..Conhecer o perfil dos adolescentes que utilizam tabaco ajuda a entender a sua relação com o hábito de fumar e a planejar ações de prevenção e combate ao tabagismo entre essa clientela.
14 – Filho et al. (2009)	Ampliação do Programa Nacional de Controle de Tabagismo, tendo como meta a adequada disponibilização gratuita de medicamentos para o tratamento de tabagismo nas unidades de saúde do país.

4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através dos dados obtidos com o resultado da pesquisa, observou-se a necessidade de mais estudos científicos pelos profissionais de saúde no impacto do tabagismo em crianças e adolescentes: perspectivas de atuação do enfermeiro na promoção e prevenção, realizado pela enfermagem, sendo a maioria das publicações artigos primários, com abordagem qualitativa, o que mostra a necessidade de se realizar nesta área em busca da interface das evidências e a prática clínica.

Os artigos encontrados são referentes aos últimos dez anos, escritos na maioria, por enfermeiros e professores universitários, o que demonstra uma grande preocupação desses profissionais em conscientizar a cessação do tabagismo em crianças e adolescentes, promovendo ações educativas.

Outro aspecto analisado foi quanto à inexistência de um periódico específico da enfermagem voltado para estudos do tabagismo que pode ser um dos fatores limitantes da divulgação do conhecimento produzido. A maioria dos artigos foi publicada em periódicos gerais, o que compromete, também, a rápida atualização do conhecimento.

O nível de concordância relacionado ao impacto do tabagismo em crianças e adolescente: perspectiva de atuação do enfermeiro na promoção e prevenção; realizado pelo profissional de enfermagem, nos 14 artigos pesquisados é de 64,26%, tendo em vista que o estudo Deckers et al., (2006), descreve que os profissionais de saúde devem permanecer atualizados com as novas tendências e táticas de experimentação que crianças e adolescentes estão empregando na sua busca de identidade e definição de função.

Para Deckers et al., (2006), ressalta também que os cigarros aromático (Bidis, cravo, tubulações do cachimbo de água e SLT) não são alternativas saudáveis para o cigarro tradicional. Pelo contrário, estes disfarçados produtos de tabaco mortais estão atraindo crianças e adolescentes para um futuro obscurecido pelos efeitos fatais da dependência da nicotina.

Ainda segundo Deckers et al., (2006), a prevenção primária do uso do tabaco e a exposição deve ser um padrão de conduta para todos os enfermeiros pediátricos; além disso as intervenções de prevenção do tabagismo deve orientar todos os níveis da sociedade, inclusive individual, familiar e na comunidade.

No estudo de Fritz et al. (2008), a questão de fumar cigarro continua a ser a principal causa de morte evitável nos Estados Unidos, além disso, o câncer de pulmão tornou-se líder na contabilidade de mortalidade por câncer de 29% das mortes por câncer.

Adolescentes que fumam correm o risco de uma infinidade de problemas de saúde relacionados com a idade. Os adolescentes são três vezes mais propensos a beber álcool, oito vezes mais propensos a fumar maconha e vinte duas vezes mais propensos a usar cocaína do que os adolescentes que não fumam (FRITZ et al., 2008).

A atuação desses profissionais foi consensual com a revisão literária CDC (2004) que foca adolescentes que continuam a fumar são susceptíveis de ter a capacidade pulmonar diminuída e aumentada falta de ar, eles têm um risco aumentado para fisiológicos graves e consequências psicológicas. Em seus estudos abordam que a maioria dos adolescentes (82,3%) relataram fumar como uma forma de relaxamento, por razões emocionais, incluindo a redução do stress (74%) e os sentimentos de depressão e preocupação (68,8%). Nas mulheres não foi surpreendente descobrir que elas fumam para controlar o peso.

Para Krainuwat (2005); DiFranza & Wellaan (2003) a combinação de diferentes categorias de intervenção produziu efeitos positivos na redução do tabagismo entre jovens. como, aumento dos impostos do cigarro, exposição a educação do tabaco, as restrições ao acesso dos jovens ao tabaco e a criação de políticas públicas sobre ambiente com ar limpo Além disso, resalta uma necessidade de aumentar a colaboração entre enfermeiros comunitário de saúde e pesquisadores acadêmicos para implementar programas com base em teorias que são eficazes.

O enfermeiro tem um papel importante a desempenhar na luta contra doenças malignas induzido por tabaco, quer seja em termos de pacientes individuais ou de trabalho com a comunidade (REW et al., 2004).

Para Gaffney et al. (2002), a juventude é um momento crítico para as mulheres jovens alcançar um senso equilibrado de intimidade e o estresse que as jovens enfrentam com medo da rejeição e isolamento com base na identidade do eu que era uma tarefa primordial dos anos de colégio, os jovens adultos se esforçam para relações interpessoais significativas com os amigos, parceiros e outros.

Os pesquisadores confirmam a idéia de que fumar é um comportamento que faz interface com questões de desenvolvimento normal para mulheres jovens. Ou seja, o início e a freqüência do tabagismo são mais frequentemente associado com stresses normal de transição que são parte da experiência de se tornar um jovem adulto (Gaffney et al., 2002).

No estudo realizado por Araújo & Witt (2006), consiste em uma criação de uma nova tecnologia de educação em saúde que serve como mecanismo potente no combate ao tabagismo e que pode ser adaptada para abordagem de diversos temas. O enfrentamento dos problemas de saúde pública exige criatividade do profissional e do cidadão enfermeiro para o processo de educação em saúde.

Essa ferramenta educativa foi denominada “Roleta Russa de cigarros” com o proposito de ser um alerta impactante das conseqüências advindas do tabagismo. Na análise dos resultados identificou-se que incentivos como esse são de fundamental importância para que se formem profissionais com mais autonomia crítica (REW et al., 2004).

Para Sawicki & Rolim (2004), o estudo realizado para investigar o conhecimento dos graduandos de enfermagem da UNIFESP a respeito do tabagismo e seus malefícios. Os alunos demonstraram conhecer que o tabaco faz mal à saúde dos fumantes e não-fumantes, nem todos conseguiram especificar as doenças tabaco-relacionadas do tabagismo; acreditam que o enfermeiro pode desenvolver algumas intervenções como orientações, educação para a saúde, prevenção e motivação dos fumantes para abandonarem o fumar.

No Brasil, poucas faculdades de Ciências Médicas apresentam ensino sobre o tabagismo, pode significar que estes alunos, em breve, estarão no mercado de trabalho apresentando falha em sua formação em relação ao tabagismo, frente a esse grande problema que atinge significativa parcela da população em vários

níveis, desde a prevenção de doenças relacionadas ao tabaco até o processo de seu cessar.

Essa busca pode ser observada no relato de Machado et al. (2007), que realizou junto com a Secretaria de Saúde do município de Redentora, (RGS) implementou em suas ações de saúde o Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo; foi criado com o intuito de promover e recuperar a saúde; prevenir as doenças; incentivar o não fumar e a diminuição do consumo de tabaco, como também orientar quanto as conseqüências e malefícios que o mesmo traz para a saúde do fumante e de quem, convive com ele.

Nos estudos realizados pelos autores Silva et al. (2006); Garcia (2008) e Reinaldo (2010), foi feita uma reflexão sobre os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar que são amplamente conhecidas. A utilização do tabaco entre adolescentes em geral pode estar associada ao sucesso, à necessidade de aceitação, a questões familiares, separação dos pais, de ser esteticamente adequado a um padrão de beleza que a sociedade de consumo exige, entre outros fatores que incentivam o seu uso.

A importância de conhecer o perfil dos adolescentes que utilizam tabaco ajuda a entender a sua relação com o hábito de fumar e a planejar ações de prevenção e combate ao tabagismo. Os resultados desse estudo descrevem a importância da atuação dos profissionais de saúde de desenvolverem ações educativas, estratégias de prevenção e promoção que alcancem os adolescentes, reduzindo o número de fumantes entre essa faixa etária (SILVA et al., 2008).

Para Leitão et al. (2009), a prevalência do uso de tabaco, nos maiores municípios brasileiros, é menor na presente década, em relação à prevalência nacional no final do século passado, e que uma parcela importante dos fumantes é dependente de nicotina. É possível que essa diminuição seja decorrente da existência de uma legislação antitabaco eficiente, além de uma maior conscientização da população sobre os malefícios do tabagismo. O próximo passo na luta contra o tabagismo requer a ampliação do Programa Nacional de Controle de Tabagismo, tendo como meta a adequada disponibilização gratuita de medicamentos para o tratamento de tabagismo nas unidades de saúde do país.

Em relação às evidências encontradas nesse estudo, pode-se perceber que 7,14% dos artigos têm como delineamento a meta análise, 7,14% dos artigos estudados têm como delineamento os estudos primários qualitativo/quantitativo, 7,14% têm como delineamento a revisão integrativa e 78,58% dos artigos estudados têm como delineamento os estudos primários com abordagem quantitativa, o que requer dos profissionais envolvidos com o impacto do tabagismo em crianças e adolescentes uma maior preocupação em relação às pesquisas experimentais com o intuito de buscar a interface entre as evidências científicas e a prática na promoção e prevenção da saúde, conscientizando os jovens na eliminação do hábito de fumar.

5 – CONCLUSÃO

Considerando o objetivo proposto para a realização deste trabalho, os resultados obtidos através da revisão de literatura demonstraram claramente a importância do profissional de saúde está enfatizando a prevenção primária do uso do tabaco e a exposição deve ser um padrão de conduta para todos os enfermeiros pediátricos; além disso as intervenções de prevenção do tabagismo deve orientar todos os níveis da sociedade, inclusive individual, familiar e na comunidade.

Os estudos apontaram a necessidade de ser implantado nas escolas de enfermagem na grade curricular o tema Prevenção e Controle do tabagismo, preparando o enfermeiro quanto a importância de saber orientar, promover a saúde, prevenir doenças e abordar as conseqüências que o tabaco traz para a vida das pessoas fumante e das que convivem com elas.

Logo, é importante ressaltar que apesar das dificuldades e limitações decorrentes do tabagismo, tais como as alterações físicas, psicossociais, financeiras e emocionais, a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes estão alicerçadas na conduta do cuidado e da assistência, que por sua vez engloba a humanização, a comunicação interpessoal, a interdisciplinaridade, o conhecimento técnico com respaldo científico e a troca de experiências dos atores envolvidos em todas as etapas do tabagismo.

Deste feito, nota-se a necessidade de maiores estudos por parte dos enfermeiros, em busca da construção do cuidado integral, haja vista, que a enfermagem enfrenta, na prática cotidiana, o desafio de formar e capacitar profissionais para que produzam serviços de saúde e cuidado com resolutividade e qualidade, permitindo assim, um agir consciente voltado para o indivíduo na sua subjetividade e singularidade.

Portanto, construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir e incorporar o significado da palavra “cuidado” como princípio básico e educativo, rompendo com o saber formatado e o paradigma da rigidez das rotinas. Significa, também, estabelecer uma pratica de saúde que coloque o paciente como protagonista do processo de conscientização, influenciado, por sua vez, por valores,

crenças, culturas, hábitos, questões financeiras e sociais. Rompendo com barreiras que por ventura poderia significar dificuldades em colocar em prática as ações primárias, tais como a promoção e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, V. E. WITT, R. R. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 27, n.1. Porto Alegre, mar. 2006. p. 117 – 123.

BEYEA, S.; NICHLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, v.67, n.4, p. 877(4), 1998.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A ratificação da convenção-quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: mitos e verdades.** Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, VIGESCOLA, Vigilância de tabagismo em escolares. Dados e fatos de 12 capitais brasileiras. v. 1. **Instituto Nacional do Câncer**, 2004.

CARLINI, E. A., GALDUROZ, J. C. F., NOTO, A. R., NAPPO, S. A. I. **Levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil. Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país** - 2001. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP; Universidade Federal de São Paulo; 2002.

CURY, S. **Tabagismo entre crianças e adolescentes.** Disponível em: <http://www.ninhavida.com.br>. Acessado em 29 de nov. de 2010.

DECKRS, S. K., FARLEY, J., HEATH, J. Tobacco and its trendy alternatives: implications for pediatric nurses. **Crit Care Nurs Clin N Am.** v. 18. p. 95-104. 2006.

DIFRANZA, J. R., WELLNAN. Preventing cancer by controlling youth tobacco use. **Seminars in oncology nursing.** v. 19, n. 4. Nov. 2003. P. 261 – 267.

DOMENICO de, B. L., IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidade. **Rev. Latino-am. de Enfermagem.** São Paulo, v.11, n.1, p.115-8, jan/fev. 2003.

FRITZ, D. J., WIDER, L. C., HADIN, S. B., HORROCKS, M. Program strategies for adolescent smoking cessation. **The journal of school nursing.** v. 24, n.1. Fev. 2008. p. 21 – 27.

GAFFNEY, K. F., WECHAIKLUM, O. A. DAWSON, E. M. Smoking among female college students: a time for change. **Jognn.** v. 31, n. 5. Apr. 2002. p. 502 -507.

GARCIA, A. F. G., SOBRINHO, J. E. L., ARAÚJO, J. C., MENEZES, V. A., CAVALCANTI, A. L. Tabagismo entre adolescentes de Vitória de Santo Antão – PE. **Arq. Cienc. Saúde.** v. 15, n. 4. Out/dez. 2008. p. 205 – 208.

GODOY, I. Prevalência de Tabagismo no Brasil: Medidas Adicionais para o Controle da doença devem ser priorizadas no ano do Pulmão. **J. bras. pneumol.** v.36, n.1. São Paulo, 2010.

<http://www.brasil.gov.br>. Acessado em 30 de out. de 2010.

[http://www.inca.gov.br\(brasil,2010\)](http://www.inca.gov.br(brasil,2010)). Acessado em 29 de nov. de 2010

IGLESIAS, R., PRABHAT, J. H. A., PINTO., SILVA, V. L. C., GODINHO, J. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Ago. de 2007. Disponível em: portal.saude.gov.br. Acessado em set. de 2010.

INCA - Ministério da saúde: Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle de Câncer, Uma proposta de integração ensino-serviço**. 3.ed. Revista atualizada e ampliada. Rio de Janeiro, 2008. p. 172-183.

INCA-Ministério da Saúde: Instituto Nacional de Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro, 1997. p. 57.

INTERNACIONAL UNION AGAINST CANCER. **Prevencion del cancer: estrategias baseadas en la evidencia**: una guia de la UICC para America Latina. Genova, 2006.

INTERNATIONAL AGENCY OF REASERCH IN CANCER (IARC). Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. Passive Smoking. v. 9, **Scientific Publications**. n.31, Lyon, France 1987.

KRAINUWA, K. Smoking initiation prevention among youths: implications for community health nursing practice. **Journal of community health nursing**. v. 22, n. 4. 2005. P. 195 – 204.

LEITÃO, F. S. F., FERNANDES, J. C. G., NOTO, R. A.; NAPPO, A. S., ARAUJO, E. C., NASCIMENTO, A. O., SANTOS, R. S., JARDIM, R. J. Levantamento Randomizado Sobre a Prevalencia de Tabagismo nos maiores municípios do Brasil. **J. bras. pneumol.** v.35, n.12. São Paulo, 2009.

MACHADO, V. C., ALERICO, M. I., SENA, S. Programa de prevenção e tratamento do tabagismo: uma vivência acadêmica de enfermagem. **Cogitare enferm.** v. 12, n. 2. Abr/jun. 2007. p. 248 – 252.

MALCON, M., MENEZES, A. M. B. Tabagismo na adolescência. v. 24, n. 3/4, São Paulo: **Editorial Pediátrica**. 2002. p. 81 – 2.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária- “Falando Sobre Tabagismo”. Rio de Janeiro, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Assistencia à Saúde**. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Estimativas da Incidencia e Mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS) – Brasil, Tabaco nas Américas. **Informativo 2000.**

REINALDO, S., DOS, A. M., GOECKING, C., PERUCCI, A. J., NARCISO, G. Y. Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literature. **SMAD. Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas.** v. 6, n. 2. Universidade de São Paulo, 2010. p. 350 – 364.

REW, L., JOHNSON, R. J., JENKINS, S. K., TORRES, R. Developig holistic nursing interventions to improve adolescent health. **Journal of holistic nursing.** v. 22, n.4. Dec. 2004. p. 303 – 319.

ROSEMBERG, J. **Ação fisiopatologica dos components do fumo do tabaco:** Tabagismo, sério problema de saúde pública. 2.ed. São Paulo: ALMED, 1987.

SAMET, J. M. Lung cancer. In : GREENWALD, P.; KRAMER, B. S ; WEED, D. L. (Eds). Cancer prevention and control. **Bethesda: National Cancer Institute:** Marcel Dekker, 1995. p.561-583.

SAWICKI, W. C., ROLIM, M. A. Subsídios para uma atuação preventiva: conhecimentos dos graduandos de enfermagem sobre o tabagismo. **ACTA Paul. Enf.** v. 17, n. 2. Abr/jun. 2004. p. 133 – 140.

SILVA, M. A. M., RIVERA, I. R., CARVALHO, A. C. C., JÚNIOR, A. H. G., MOREIRA, T. C. A. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. **Jornal de pediatria.** v.82, n. 5. Porto Alegre set/oct. 2006.

SILVA, M. P., SILVA, R. M. V. G., BOTELHO, C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. **J Bras Pneumol.**v. 34, n. 11.2008. p. 927 – 935.

SILVA, M., ALAYDE, M. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. **Pediatr.** Rio Janeiro, 2006, v. 82, n.5,p.365-370.

TONANI, M., CAMPOS, E, C. Risco de Câncer e Comportamento Preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção. **Rev.Latino. Am. Enfermagem.**v.16, n.5. Ribeirão Preto, 2008

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal Advanced Nursing.** v. 52, n.5, p. 546-553, 2005.

ZAMBONI, M. CARVALHO, W.R. **Câncer de pulmão.** São Paulo: Atheneu, 2005.

APÊNDICE 1:**Instrumento de coleta de dados****1- Dados relacionados aos autores:**

-Profissão

-Área de atuação

-País de origem

-Qualificação

2- Dados relacionados às publicações:

Fonte

Ano de publicação

Volume

Número da publicação

Periódico

Tipo de publicação

Delineamento

3- Dados relacionados ao conteúdo da publicação:

Objetivos

Principais resultados

Conclusões

4- Dados relacionados à variável de interesse: o impacto do Tabagismo em criança e adolescentes : Pespectivas de atuação do Enfermeiro na Promoção e Prevenção.