

W/1011

Miguel Filipe Marcos do Vale

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Tabagismo e suas Consequências - Intervenções de Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Miguel Filipe Marcos do Vale

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Tabagismo e suas Consequências - Intervenções de Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Miguel Filipe Marcos do Vale

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Tabagismo e suas Consequências - Intervenções de Enfermagem

Miguel Filipe Marcos do Vale

(O aluno Miguel Filipe Marcos do Vale)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

SUMÁRIO

O consumo de tabaco é, nos dias de hoje, a principal causa de doença e de morte evitável, havendo evidências inequívocas de que o consumo do tabaco constitui um problema de saúde pública.

O tabagismo não é factor de risco apenas para o próprio fumador, mas também para aqueles que, não sendo fumadores, se encontram frequentemente expostos ao fumo passivo. No século XX, morreram cem milhões de pessoas com causas derivadas do consumo de tabaco, e estima-se que, no século XXI, haverá um bilião de mortes.

Tendo em conta esta realidade, os consumidores de tabaco não podem ser deixados entregues a si próprios, devendo ser activamente encorajados e ajudados, e tendo à sua disposição as várias modalidades de tratamento.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho onde exerçam. No tabagismo, a prevenção primária deve ser a principal linha estratégica da intervenção.

As futuras unidades de cuidados na comunidade deverão oferecer informação, material de divulgação e acesso a terapias de desabituação a todos os que quiserem deixar de fumar.

Os objectivos deste processo de investigação são: Identificar, relativamente à idade, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.; Identificar, relativamente ao género, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.; Identificar as faixas etárias que devem ser alvo de consultas de cessação tabágica.; Identificar a necessidade de incluir, no exame global dos 5/6 anos, a avaliação de consumo de substâncias nocivas.

O estudo desenvolvido é uma revisão da literatura, na qual se realiza um inventário, bem como um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre a temática em estudo.

Com base nas questões de investigação formuladas, destacam-se deste estudo os seguintes resultados: revela-se importante a intervenção do enfermeiro a nível da prevenção do consumo do tabaco na consulta do exame global dos 5/6 anos; e é fulcral direccionar as consultas de cessação tabágica para o intervalo de idades compreendido entre os 35 e os 44 anos.

Resumindo, é possível salientar a urgência de intervir junto de todas as classes sociais, independentemente do género ou idade.

SUMMARY

Nowadays tobacco use is the main cause of illness and preventable death. There are clear evidences that tobacco use constitutes a public health problem.

Smoking is not only a risk factor for the smoker himself, but also for those who are not smokers but are often exposed to secondhand smoke. In the twentieth century, a hundred million people died with cases arising from tobacco use, and it is estimated that in the twenty-first century, there will be one billion deaths.

Given this reality, consumers of tobacco can not be left by themselves. They should be actively encouraged and helped, and have at their disposal the various treatment modalities.

Nurses have the responsibility to promote healthy lifestyles and provide preventive care to the population, regardless of the type of care they provide and their workplace. On smoking the primary prevention should be the main strategic line of intervention.

The future care units in the community should provide information, promotional material and access to cessation therapies to all who want to quit smoking.

The objectives of this research process are: to identify, based on age, the target populations in which we must develop nursing interventions in the prevention of smoking; to identify, based on gender, the target populations in which we must develop nursing interventions in the prevention of smoking; to identify the age groups that should be the subject of consultations in smoking cessation; to identify the need to include the evaluation of drug substances use in the global examination of 5/6 years old.

The developed study is a review of the literature, in which an inventory was made as well as a critical examination of a number of relevant publications on the subject under study.

Based on the research questions formulated, the following results stand out from this study: nurse intervention in the prevention of tobacco use is important in the global examination of the 5/6 years old, and it is vital to direct consultations of smoking cessation for the ages between 35 and 44 years old.

In short, it is possible to highlight the urgent need to intervene with all social classes, regardless of gender or age.

DEDICATÓRIA

Ao Reinaldo do Vale, Rosa Marcos e Patrícia Faria.

A todos as pessoas que conseguem abandonar o hábito de fumar.

AGRADECIMENTOS

Este percurso só foi possível através da partilha de saberes, do apoio e do exemplo de todos que directa ou indirectamente nele participaram. A todos o meu Obrigado.

Ao Dr. José Teixeira, por ter aceite a orientação deste projecto de investigação, pelo apoio e encorajamento que me transmitiu.

À Dra. Alice Martins, pelos ensinamentos e esclarecimentos.

À Dra. Paula Faria, por todo o apoio e incentivo no decorrer do trabalho.

Aos familiares, amigos e namorada pela amizade e amor incondicional e por partilharem comigo o desenvolver deste trabalho.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	14
I. MATRIZ TEÓRICA	17
1.1. Tabagismo	17
1.1.1. Planta do Tabaco.....	17
1.1.2. Como se consome o Tabaco	18
1.1.3. História do Tabaco.....	19
1.1.4. Constituintes do Tabaco	20
1.2. Epidemiologia do Tabaco.....	23
1.2.1. A Nível Mundial	23
1.2.2. A Nível Nacional	24
1.3. Doenças Causadas pelo uso do Tabaco	31
1.3.1. Benefícios da Cessação Tabágica.....	37
1.4. Cuidados de Saúde Primários.....	39
1.4.1. Promoção da Saúde, Prevenção da Doença	40
1.4.2. Organização dos Cuidados de Saúde Primários	42
1.5. Intervenções de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários	44
1.5.1. Intervenções em Programas no âmbito da Protecção e Promoção de Saúde e Prevenção da Doença na Comunidade.....	46
1.5.2. Projectos de Promoção de Estilos de Vida Saudável com Intervenções a Nível de Programas de Saúde já existentes ou que venham a existir	50
II. METODOLOGIA	53
2.1. Definição e Delimitação do Tema	53
2.2. Objectivos da Investigação.....	54
2.3. Tipo de Estudo.....	55
III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
IV. CONCLUSÃO	62
BIBLIOGRAFIA	65
Referências Bibliográficas.....	65
Referências Electrónicas.....	68

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Comportamentos dos indivíduos face ao consumo de tabaco - prevalências ponderadas (%).....	25
Quadro 2 – Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por sexo	25
Quadro 3 – Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por grupos etários, segundo o sexo.....	27
Quadro 4 – Prevalência ponderada e pela idade (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade com aproveitamento, segundo o sexo	28
Quadro 5 – Idade de início de consumo de tabaco pelos fumadores por grupos etários, segundo o sexo	30
Quadro 6 – Benefícios decorrentes da Cessação Tabágica	37

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CIIC – Centro Internacional de Investigação do Cancro

DPOC – Depressão Pulmonar Obstrutiva Crónica

ELT – Escolas Livres de Tabaco

FTA – Fumo de Tabaco Ambiental

INS – Inquérito Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

PELT – Plano de Escolas Livres sem Tabaco

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

0. INTRODUÇÃO

Este estudo de investigação, surge no âmbito da disciplina de Projecto de Graduação, da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem. O tema do presente estudo intitula-se, “ Tabagismo e suas Consequências. Intervenções de Enfermagem”.

A escolha deste tema alicerçou-se no facto do consumo de tabaco constituir um grave problema de saúde pública, com repercussões em toda a população, fumadora e não fumadora. É considerado um factor de risco importante para o desenvolvimento de diversas patologias, em especial do aparelho respiratório e cardiovascular, assim como vários tipos de neoplasias. Segundo a World Health Organization (WHO), o tabaco é a principal causa de morte evitável do Mundo (disponível em <http://www.who.int/features/2003/08/en/>. consultado em 20/08/09).

De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006, apesar de Portugal ter uma das mais baixas prevalências de fumadores entre os países Europeus, existe uma tendência crescente da prevalência de mulheres fumadoras, em especial nas idades mais jovens (Machado *et alii.*, 2009). Este e outros dados reforçam a importância da investigação relacionada com o tabagismo, e das intervenções levadas a cabo por todos os agentes da sociedade, nomeadamente profissionais de saúde, na luta contra esta problemática. Segundo a Ordem dos Enfermeiros estas intervenções incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados (disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sede_for_um/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf. consultado em 15/08/09).

O facto de, nas unidades curriculares de Ensinos Clínicos, ter-me sido dada a oportunidade de lidar com doentes com patologias relacionadas com o tabagismo, e em

circunstância de, no meu agregado familiar, existir um caso de morte por patologia derivada do consumo de tabaco, este tema suscitou-me particular interesse.

Considerar-se-á ainda pertinente salientar que, a nível pessoal, enquanto fumador, este estudo de investigação apela a própria consciencialização dos malefícios desta substância que causa tanta controvérsia.

Neste estudo de investigação abordar-se-á a principal forma de consumo de tabaco europeia, a inalação do fumo através do cigarro.

O tipo de estudo utilizado é uma revisão da literatura, na qual se realiza um inventário, bem como um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre o tema em questão.

As questões de investigação que impulsionaram o ponto de partida deste estudo são: Relativamente à idade, quais as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo?; Relativamente ao género, quais as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo?; Quais as faixas etárias nas quais devem ser alvo de consultas de cessação tabágica?; Qual a necessidade de incluir no exame global dos 5/6 anos, a avaliação de consumo de substâncias nocivas?

Os objectivos envolvidos neste processo de investigação são: Identificar, relativamente à idade, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.; Identificar, relativamente ao género, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.; Identificar as faixas etárias que devem ser alvo de consultas de cessação tabágica.; Identificar a necessidade de incluir, no exame global dos 5/6 anos, a avaliação de consumo de substâncias nocivas.

Os objectivos pessoais e académicos mais relevantes são os que a seguir se enunciam: aprofundar o conhecimento sobre metodologia científica; desenvolver competências na área de investigação; reflectir sobre a importância da investigação em Enfermagem.

Com base nas questões de investigação formuladas, destacam-se deste estudo os seguintes resultados: revela-se importante a intervenção do enfermeiro a nível da prevenção do consumo do tabaco na consulta do exame global dos 5/6 anos; é fulcral direccionar as consultas de cessação tabágica para o intervalo de idades compreendido entre os 35 e os 44 anos; é possível salientar a urgência de intervir junto de todas as classes sociais, independentemente do género ou idade.

Por se tratar de um projecto que servirá de base a um estudo complexo, torna-se indispensável abordá-lo da forma mais clara, directa e objectiva possível. Como tal, encontra-se dividido em seis partes distintas, sendo elas: a introdução; a matriz teórica; fase metodológica, onde se encontra descrito a definição e delimitação do tema, as questões e objectivos de investigação e tipo de estudo; discussão dos resultados; conclusão; e por último a bibliografia.

I. MATRIZ TEÓRICA

1.1. Tabagismo

O tabagismo é uma doença crónica que causa dependência física e psíquica, sendo considerada pela WHO (2003), como a principal causa evitável de morbidade e mortalidade do mundo. Sendo considerada uma doença crónica, sujeita os indivíduos que dela sofrem a recaídas frequentes, que muitas vezes não são valorizadas pelos profissionais de saúde. (disponível em <http://www.who.int/features/2003/08/en/>, consultado em 20/08/09). As suas consequências nefastas, associadas à dificuldade sentida pelos fumadores em cessar a habituação, tornam-na um grave problema de saúde pública, que urge ser investigado e acompanhado, com o objectivo de para ele criar cada vez mais e melhores soluções.

Para melhor compreender as implicações desta doença, julga-se pertinente explorar as características da planta a ela associada, sua composição e formas de consumo.

1.1.1. Planta do Tabaco

A família Solanaceae compreende cerca de 147 géneros e 3000 espécies, das quais 25 são cultivadas como hortícolas em diversas partes do mundo. As Solanaceae são a família de plantas hortícolas com maior importância a nível mundial, com destaque para culturas como a batata, tomate, pimento e beringela. Além das culturas hortícolas referidas, a família compreende culturas arvenses como a *Nicotiana Tabacum*, comumente designada por tabaco (Almeida, 2006). De acordo com Claret (2001), a planta recebeu o nome de *Nicotiana tabacum* em homenagem a Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, por volta do ano de 1580. Nicot acreditava que a planta continha poderes medicinais e estimulou o seu cultivo.

A planta pode atingir cerca de dois metros de altura e as suas folhas podem variar entre os 60 ou 70 centímetros de comprimento. As suas flores dispõem-se em cachos ou panículas, variando a sua cor entre o vermelho, branco e o amarelo (Pestana, 2006).

As folhas da *Nicotiana Tabacum* são cultivadas numa latitude que se estende de 60° Norte a 40° Sul. Uma vez colhidas, são secas em três fases sucessivas: amarelecimento, dissecação por ventilação e finalmente redução. Seguidamente, são submetidas a uma fermentação (natural ou artificial) que lhes permite adquirir as suas qualidades específicas. Durante esta fermentação, a temperatura eleva-se até 40°C ou 50°C (Martinet & Bohadana, 2003).

1.1.2. Como se consome o Tabaco

De acordo com Sá & Bernardo (2004), existem duas formas principais de consumo do Tabaco: a inalação do fumo, e o consumo por via oral ou nasal da planta. A inalação de fumo através do cigarro é a principal forma europeia de consumo de tabaco. Esta tendência a prevalecer mesmo em povos habituados a outras formas de consumo não inalado, em parte fruto das poderosas campanhas de marketing das empresas tabaqueiras internacionais. Em algumas áreas da Europa, como na Dinamarca e Holanda, é frequente a utilização do cachimbo e do charuto para a inalação do fumo do tabaco.

O tabaco sem fumo é consumido por via oral ou nasal, sendo que, por via oral (mascar tabaco), é uma importante causa de diversas patologias. A via nasal (inalação de rapé) é actualmente um consumo raro e não existem provas quanto à sua nocividade (Sá & Bernardo, 2004).

1.1.3. História do Tabaco

Segundo historiadores, há cerca de oito mil anos atrás, no continente americano, o consumo de tabaco era já uma prática habitual entre a grande maioria dos povos que habitavam esse continente. O seu uso estava amplamente espalhado pelos Hurons da América do Norte, onde praticamente todos os homens fumavam a *Nicotiana Rústica* (Borges & Filho, 2004). De acordo com Pestana (2006), foram encontradas gravuras em pedra por todo o Sul do México, deixadas pela civilização Maia há cerca de dois mil anos, mostrando sacerdotes a fumarem cachimbo. Estes acreditavam que o tabaco era anterior à criação do mundo, sendo mesmo visto como o representante de Deus na Terra. A maior parte dos historiadores afirma que a origem do tabaco é Americana, porém há quem defenda que poderá ser Asiática, Africana ou até mesmo Australiana.

De acordo com Milby (*cit. in* Borges & Filho, 2006), Cristóvão Colombo, na sua primeira expedição a São Salvador em 1492, descobriu o hábito de fumar entre os nativos. “Os primeiros exploradores ficaram pasmos ao descobrir índios colocando na boca pequenos rolos acesos de folhas secas” (Claret, 2001). Para satisfazerem a sua curiosidade, muitos exploradores tentaram fumar e gostaram da experiência. Contudo, rapidamente descobriram que durante o dia sentiam uma necessidade que só o tabaco poderia suprir. Assim, defrontaram-se com a necessidade de aprender com os nativos como semear, transplantar, cortar, colher e curar as folhas da planta do tabaco, regressando à Europa com grandes provimentos de tabaco, folhas e sementes, dando origem a uma globalização do cultivo e consumo do tabaco (Milby & Slade *cit. in* Borges & Filho, 2006).

Desde o início do consumo de tabaco na Europa, em meados do séc. XVI, até ao final da primeira metade do século XX, muito tabaco foi consumido sob a forma de rapé, charutos ou cachimbo. Em 1881, com a criação da máquina de enrolar cigarros, o consumo de tabaco sob a forma de cigarros regista uma grande expansão, em particular durante as duas grandes guerras mundiais (Morón *et alii.*, 1997; Nunes, 2006).

1.1.4. Constituintes do Tabaco

A tecnologia dos aditivos é um instrumento fulcral utilizado na indústria do tabaco para a produção do cigarro, ou “*package*” de nicotina, como lhe chamou Phillip Morris. Os actuais cigarros contêm cerca de 10% do seu peso em aditivos, particularmente açúcares e sabores; contudo, estão presentes determinados produtos em pequenas quantidades que podem exercer uma influência maior no produto (Pestana, 2006).

É de extrema importância que todos os consumidores tenham presente que o tabaco é um produto com características particulares que o distinguem de outros bens de consumo. Contém mais de 4.000 substâncias químicas, das quais 43 são reconhecidos carcinogéneos, relacionados directa ou indirectamente com diversas patologias (Clímaco & Ramos, 2003).

De acordo com a WHO (*cit. in* George, 2007), o fumo do tabaco é um aerossol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Na sua composição entram várias substâncias, muitas das quais com efeitos tóxicos e irritantes, como a nicotina, monóxido de carbono, acetona, metano, formaldeído, amónia, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas, os aldeídos, diversos metais pesados e substâncias radioactivas como o polónio-210 (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

Muitas destas substâncias estão presentes na folha do tabaco, enquanto outras resultam da absorção, pela planta, de substâncias existentes no solo ou no ar, tais como os pesticidas e os fungicidas. Muitas são produzidas durante o processo de cura e de armazenamento da folha (WHO *cit. in* George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

Por outro lado, a indústria do tabaco utiliza uma panóplia de substâncias, os ditos ingredientes ou aditivos, como o mentol, a baunilha, o conhaque ou o cacau, com o intuito de humidificar o fumo, de o tornar menos irritante para as vias aéreas, ou de melhorar a sua aceitabilidade, em particular junto dos jovens. Alguns destes ingredientes poderão contribuir para potenciar o efeito aditivo da nicotina (WHO *cit. in* George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

Como infere a WHO (*cit. in* George, 2007), durante a aspiração do fumo por parte do fumador, a temperatura de combustão atinge o valor incrível de aproximadamente 900°C, e cerca de 600°C, nos intervalos entre as aspirações. (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

De acordo com directivas europeias, na rotulagem do tabaco é obrigatória a menção dos teores de nicotina, monóxido de carbono e de alcatrão. Todavia, independentemente dos valores expressos, medidos em função de normas internacionais, actualmente em revisão, todos os produtos do tabaco são nocivos à saúde (WHO *cit. in* George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_negativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

Na realidade, mesmo quando os referidos teores são baixos, o fumador pode, em função do modo e da frequência com que inala o fumo, ficar exposto a doses elevadas de nicotina, de alcatrão e de monóxido de carbono, razão que conduziu à proibição, na União Europeia, da utilização das expressões light, ultralight e mild na rotulagem destes produtos (WHO *cit. in* George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

A nicotina é o principal constituinte do tabaco, sendo responsável pela dependência criada nos consumidores de tabaco (Martinet & Bohadana, 2003). Todas as tentativas da indústria tabaqueira em produzir tabaco sem nicotina foram fracassos comerciais e

demonstraram que a nicotina é fundamental na promoção dos hábitos tabágicos (Caggiula *et alii.*, *cit. in* Pestana, 2006). Esta é uma substância psico-activa que cria dependência não só física como também psicológica, em tudo semelhante à síndrome de abstinência de cocaína ou heroína (Clímaco & Ramos, 2003). O mecanismo de dependência da nicotina, tal como o de outras substâncias psico-estimulantes, é mediado pelo sistema dopamino-mesocortico-limbico (Dani *et alii.*, *cit. in* Pestana 2006). Como refere Sir Francis Bacon em 1622 (*cit. in* Borges & Filho, 2004), “o uso de tabaco conquista os homens com um certo prazer secreto e que aqueles que se acostumam ao seu uso dificilmente podem pará-lo”.

O monóxido de carbono é um gás inodoro que, quando inalado em grandes quantidades, se torna mortal. Este é libertado por uma combustão deficitária de oxigénio. É tóxico para o organismo, reduzindo a capacidade do sangue para transportar oxigénio dos pulmões às células dos tecidos e órgãos. Como o monóxido de carbono tem grande afinidade com a hemoglobina, aquando da sua junção formam a carboxi-hemoglobina, impedindo a hemoglobina de desempenhar correctamente a sua função (George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

Se um indivíduo fumar cinco cigarros por dia, atinge-se no pulmão o equivalente proporcional ao nível europeu de alerta à poluição nas cidades (Dautzenberg, 2006).

O Benzopireno, popularmente conhecido como alcatrão, é uma substância irritante, libertada pela combustão do tabaco, mas sobretudo um poderoso agente cancerígeno e mutagénico (Dautzenberg, 2006).

A Dioxina é tóxica quando consumida milésimos de milésimos de grama diariamente. O Cádmio é um metal pesado que, após entrar em circulação no nosso organismo, demora cerca de 70 anos a sair (Dautzenberg, 2006).

As Nitrosaminas são poderosos agentes cancerígenos, mesmo quando o cigarro se encontra apagado. (Dautzenberg, 2006).

Por último, o Polónio-210 é um agente radioactivo (Dautzenberg, 2006). A radioactividade contida num maço de cigarros equivale à mesma contida numa radiografia de tórax simples (Torres, 2005).

1.2. Epidemiologia do Tabaco

A palavra epidemiologia tem origem etimológica no grego e significa conhecimento ou estudo (logos) sobre (epi) a população (demos). A epidemiologia teve origem na ideia, expressa há mais de 2000 anos por Hipócrates, de que os factores ambientais influenciam a ocorrência de doença (Borges & Filho, 2004).

Como infere Last (*cit. in* Beaglehole *et alii.*, 2003),

A epidemiologia tem sido definida como o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados de saúde ou acontecimentos relacionados a eles associados, em populações específicas, e a aplicação desse estudo ao controlo dos problemas de Saúde.

O alvo de estudo da epidemiologia é a população humana. Esta pode ser definida geograficamente, constituindo a base para a definição de subgrupos em função do sexo, grupo etário e grupo étnico. A unidade poderá ser, por exemplo, um grupo específico de doentes de um hospital (Beaglehole *et alii.*, 2003).

1.2.1. A Nível Mundial

O consumo do tabaco é reconhecido como sendo a mais importante causa de morte evitável no mundo. Mais de 5 milhões de pessoas morrem todos os anos devido aos

efeitos nefastos do consumo do tabaco, perfazendo mais vítimas que o número combinado de todas as mortes devido ao VIH/SIDA, paludismo e tuberculose. É o único produto de consumo legal que mata quando se seguem as instruções do seu fabricante (Sambo, 2009) (disponível em <http://www.afro.int/press/portuguese/2009/20090531.html>. consultado em 13/08/09).

Estima-se que, em 2030, o número de mortes derivadas do consumo do tabaco aumentará para 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Actualmente, mata uma pessoa a cada seis segundos. Os impactos na mortalidade e morbilidade tenderão a afectar predominantemente as populações dos países em desenvolvimento, onde residem já 80 % dos fumadores (WHO, 2008) (disponível em <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. consultado em 18/08/09).

No século XX, morreram cem milhões de pessoas com causas derivadas do consumo de tabaco. Se não forem tomadas medidas e as tendências actuais continuarem, haverá um bilião de mortes no século XXI (WHO, 2009) (disponível em <http://www.who.int/topics/tobacco/facts/en/index.html>. consultado em 18/08/09). Urge, portanto, criar condições para diminuir o consumo desta substância.

1.2.2. A Nível Nacional

Segundo a análise dos dados do 4º INS 2005/2006, 20,9% da população residente em Portugal, incluindo as regiões autónomas dos Açores e Madeira, era fumadora à data da entrevista (Machado *et alii.*, 2009).

No quadro 1, apresentam-se os comportamentos dos indivíduos face ao consumo de tabaco.

Tabagismo e suas Consequências - Intervenções de Enfermagem

Quadro 1 – Comportamentos dos indivíduos face ao consumo de tabaco - prevalências ponderadas (%)

	Fumador (%*)		Não Fumador (%*)	Ex-fumador (%*)	
	Diário	Ocasional		Diário	Ocasional
Total	(n=6360)	(n=752)	(n=22555)	(n=4638)	(n=882)
Ambos os sexos	18,7%	2,2%	63,0%	13,0%	3,1%

* Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

Fonte: Machado *et alii.*, (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do inquérito nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Os não fumadores representam 63% da população residente em Portugal. Dos ex-fumadores, 13% foram fumadores diários no passado e os ex-fumadores ocasionais estão representados com 3,1%, perfazendo um total de 16,1% ex-fumadores (Machado *et alii.*, 2009).

A distribuição por sexo dos indivíduos agrupados face aos diferentes hábitos tabágicos pode ser vista no quadro seguinte.

Quadro 2 – Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por sexo

	Fumador (%*)		Não Fumador (%*)	Ex-fumador (%*)	
	Diário	Ocasional		Diário	Ocasional
Sexo	(n=6360)	(n=752)	(n=22555)	(n=4638)	(n=882)
Masculino	27,6	3,3	43,1	22,1	3,9
Feminino	10,6	1,2	81,3	4,6	2,3

* Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

Fonte: Machado *et alii.*, (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do inquérito nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Entre a população portuguesa do sexo masculino, a prevalência de não fumadores é de 43,1%; aproximadamente 31% são fumadores diários ou ocasionais; e 26% são ex-fumadores diários ou ocasionais (Machado *et alii.*, 2009).

No sexo feminino, a prevalência de não fumadores é de 81,3%. Realça-se que quase iguala o dobro da prevalência correspondente do sexo oposto. A prevalência de fumadoras diárias ou ocasionais é de 11,8%, menos de metade da dos homens fumadores. As ex-fumadoras apresentam uma prevalência de 6,9% da população feminina (Machado *et alii.*, 2009).

Apesar de Portugal ter uma das mais baixas prevalências de fumadores entre os países europeus, o INS revela uma tendência crescente da prevalência de mulheres fumadoras, em especial nas idades mais jovens (Dias *et alii.*, *cit. in* Machado *et alii.*, 2009).

Tabagismo e suas Consequências - Intervenções de Enfermagem

No quadro 3, apresenta-se a prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por grupos etários, segundo o sexo.

Quadro 3 – Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por grupos etários, segundo o sexo

	Fumador (%*)		Não Fumador (%*)	Ex-fumador (%*)	
	Diário	Ocasional		Diário	Ocasional
Grupos Etários	(n=6360)	(n=752)	(n=22555)	(n=4638)	(n=882)
Masculino					
15-24	26,2	5,3	63,3	2,4	2,8
25-34	34,5	4,8	47,5	9,9	3,3
35-44	41,4	3,2	33,6	17,9	4,0
45-54	31,1	3,3	32,0	30,7	2,9
55-64	19,5	2,2	35,4	37,4	5,6
65-74	12,4	0,7	45,1	37,3	4,5
≥75	5,7	1,0	46,6	40,1	6,5
Feminino					
15-24	14,1	1,9	77,4	2,5	4,1
25-34	16,0	1,8	73,2	5,8	3,2
35-44	19,1	1,8	67,6	8,4	3,1
45-54	11,1	1,4	78,5	6,5	2,5
55-64	5,0	0,6	89,1	3,9	1,4
65-74	1,4	0,1	96,7	1,6	0,1
≥75	0,1	0,0	99,0	0,4	0,5

* Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

Fonte: Machado *et alii.*, (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do inquérito nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Decorrente da análise do quadro anterior, verifica-se que os homens que fumam diariamente apresentam prevalências crescentes até aos 44 anos, idade a partir da qual ocorre um decréscimo progressivo da representatividade deste grupo. A proporção de

ex-fumadores cresce quase linearmente com a idade, mantendo-se aproximadamente estável a partir dos 55 anos (Machado *et alii.*, 2009).

No sexo feminino, as não fumadoras são maioritárias em todos os grupos etários. A prevalência de mulheres que fumam diariamente situava-se no intervalo etário dos 35-44 anos, tal como nos homens, sendo de ressaltar a disparidade entre os 2 valores (19,1 nas mulheres; 41,4 nos homens). A partir desta idade, observa-se um declínio acentuado da proporção da população feminina que consome tabaco diariamente. Denota-se que a maior prevalência de mulheres que deixaram de fumar está associada ao grupo etário dos 35 aos 44 anos (Machado *et alii.*, 2009).

No quadro 4, apresenta-se para cada sexo a prevalência dos hábitos tabágicos por anos de escolaridade com aproveitamento, padronizadas pela idade.

Quadro 4 – Prevalência ponderada e pela idade (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade com aproveitamento, segundo o sexo

Anos de escolaridade	Fumador (%)		Não Fumador (%)	Ex-fumador (%)	
	Diário (n=6360)	Ocasional (n=752)		Diário (n=4636)	Ocasional (n=882)
Masculino					
< 5 anos	28,3	4,2	30,0	12,9	1,9
5-6	27,5	3,0	29,2	15,1	2,4
7-9	28,3	1,8	29,6	14,5	3,1
10-12	22,7	3,2	33,3	14,8	3,4
>12 anos	20,3	3,8	37,5	13,4	2,4
Feminino					
<5 anos	6,9	0,4	65,2	1,4	4,2
5-6	10,6	0,9	61,3	3,1	2,1
7-9	14,7	2,2	52,3	5,6	2,7
10-12	15,1	1,0	51,7	6,9	2,7
>12 anos	12,8	1,7	53,0	7,2	2,9

* Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

Fonte: Machado *et alii.*, (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do inquérito nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Da análise das prevalências obtidas para o sexo feminino, é visível que ao contrário do observado no sexo masculino, as proporções de mulheres não fumadoras estão associadas aos mais baixos níveis de escolaridade. Com exceção para o grupo de mulheres com mais de 12 anos de escolaridade, a prevalência das que fumam diariamente cresceu com o nível de instrução (Machado *et alii.*, 2009).

A cessação de consumo regular de tabaco pelas mulheres parece ter relação com a escolaridade. Neste âmbito, verifica-se que a prevalência de ex-fumadoras é tanto maior, quanto maior a escolaridade da população feminina (Machado *et alii.*, 2009).

A prevalência de não fumadores no sexo masculino aumenta com o nível de escolaridade, à exceção do nível de escolaridade mais reduzido (menos de 5 anos). A população masculina com maior nível de escolaridade apresenta a maior proporção de indivíduos não fumadores, 37,5% (Machado *et alii.*, 2009).

A prevalência de homens que fumam diariamente mantém-se constante, 28% para níveis de escolaridade completa até ao 9º ano. Depois deste nível de escolaridade, verifica-se um decréscimo da prevalência dos fumadores diários, 20,3% (Machado *et alii.*, 2009).

Tabagismo e suas Consequências - Intervenções de Enfermagem

A partir do quadro 5, é possível analisar a idade de início do consumo de tabaco entre homens e mulheres, e segundo intervalos etários.

Quadro 5 – Idade de início de consumo de tabaco pelos fumadores por grupos etários, segundo o sexo

		n	Idade Média*	Idade Mínima*	Idade Máxima*	Moda da Idade*	Mediana da Idade*
Sexo e Grupo etário							
Masculino							
	15-24	2663	16	6	23	16	16
	25-34	2411	17	6	32	16	16
	35-44	2746	16	6	40	15	16
	45-54	2828	17	6	48	18	16
	55-64	2397	18	6	61	18	18
	65-74	2219	17	6	45	15	16
	≥75	1545	17	7	59	12	15
	Total	16807	17	6	61	18	16
Feminino							
	15-24	2360	16	9	23	16	16
	25-34	2343	17	8	34	17	17
	35-44	2982	18	7	40	18	17
	45-54	3011	20	7	50	20	18
	55-64	2792	22	7	42	20	20
	65-74	2834	26	8	65	17	25
	≥75	2100	25	15	72	25	25
	Total	18422	18	7	72	18	17

* Valores calculados com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

Fonte: Machado *et alii.*, (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do inquérito nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

No sexo masculino, a idade média de iniciação ao consumo de tabaco varia entre os 16 e os 18 anos. Os 6 anos correspondem à idade mínima de início de consumo de tabaco em quase todos os escalões etários. A idade máxima de início de consumo apresenta

grande variabilidade com os grupos etários, oscilando entre os 23 e os 61 anos (Machado *et alii.*, 2009).

No sexo feminino, a média de início do consumo situa-se entre os 16 e os 26 anos. A idade mínima de consumo de tabaco varia entre os 7 e os 15 anos e a idade máxima entre os 23 e os 72 anos (Machado *et alii.*, 2009).

No seguimento, far-se-á uma análise aos motivos mais evocados pelos fumadores e ex-fumadores para terem tentado deixar de fumar.

O motivo mais mencionado, em ambos os sexos, para deixar de fumar ou tentar deixar, é o receio de ter problemas de saúde derivados do consumo de tabaco, 39,2% nos homens e 32,4% nas mulheres. O segundo motivo indica outra razão não especificada como motivo mais relevante, 16,1% nos homens e 29,2% nas mulheres (Machado *et alii.*, 2009).

O terceiro motivo está relacionado com a insatisfação com a dependência gerada pelo consumo de tabaco 9,0% nos homens e 9,1% nas mulheres (Machado *et alii.*, 2009).

1.3. Doenças Causadas pelo uso do Tabaco

O tabaco é um problema de saúde público único, dado que afecta todas as áreas do nosso organismo causando doença, incapacidade e morte prematura, criando facilmente a sua dependência. O seu consumo é perigoso independentemente da quantidade que é consumida, prejudicando não só os que consomem como os que estão expostos ao fumo (Sá & Bernardo, 2004). “Talvez não haja outra droga que danifique o corpo de tantas formas e tão universalmente como o tabaco” (Kellogg, 2002).

O fumo do tabaco ambiental (FTA) expõe o não fumador aos mesmo malefícios que o fumador activo. Vários trabalhos documentam a gravidade dos riscos para a saúde e a vida a que estão expostos os fumadores passivos. Os fumadores passivos expostos ao fumo ambiental correm os mesmos riscos que os fumadores activos, tais como cancro do pulmão e doenças cardiovasculares (Santos *et alii.*, 2008).

O FTA foi classificado como um agente cancerígeno para o homem pela Agência de Protecção do Ambiente (Environment Protection Agency) americana em 1993, pelo Departamento de Saúde e Serviços à Pessoa (Department of Health and Human Services) americano em 2000 e pelo Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC) da OMS em 2002. Além disso, foi classificado como agente cancerígeno no local de trabalho pelos governos finlandês (2000) e alemão (2001). Recentemente, a Agência de Protecção do Ambiente (Environment Protection Agency) californiana classificou o fumo do tabaco enquanto contaminante tóxico do ar (disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_pta.pdf. consultado em 10/08/09).

Segundo Torres (2005), as doenças relacionadas com o consumo do tabaco estão a expandir-se. Ano após ano, são descobertas novas associações, muitas delas com frequências cada vez mais altas. Doença de Alzheimer, vários tipos de carcinomas, osteoporose e alopecia são recentes novidades relacionadas com o tabagismo.

A grande maioria dos fumadores inicia o consumo de tabaco na adolescência. Na União Europeia, o pico de iniciação tabágica ocorre entre os 12 e os 14 anos. Mais de metade dos jovens que experimenta fumar pode tornar-se dependente (...) a estratégia para controlar o tabagismo e suas consequências deve dar lugar de destaque à prevenção primária dirigida aos jovens, procurando evitar ou atrasar a iniciação e a habituação tabágica (...) a intervenção antitabágica a nível escolar é da maior importância, sensibilizando os ainda não fumadores a não iniciarem o hábito de fumar (Álvares, 2006).

A WHO (2008) afirma que o consumo de tabaco é o principal factor de risco de seis das oito causas principais de mortalidade no Mundo, dentre as quais se destacam as

infecções das vias aéreas inferiores, doença pulmonar obstrutiva crónica, tuberculose, cancro da traqueia, brônquios e pulmões, cardiopatia isquémica, doenças cardíacas e vasculares (disponível em <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. consultado em 18/08/09).

Todo o fumador ao fumar o seu primeiro cigarro já está a causar lesões no aparelho respiratório. O alcatrão, formado quando o fumo do tabaco condensa, acumula-se nos pulmões. Este processo faz com que os cílios da mucosa respiratória sejam rapidamente destruídos, facilitando a invasão de microrganismos comensais e agentes tóxicos, desenvolvendo com mais facilidade processos inflamatórios nas vias respiratórias superiores causando infecções respiratórias de repetição. Doenças como a sinusite, otite, laringite, bronquite, depressão pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), pneumonia e tuberculose são muito mais prevalentes em fumadores do que em não fumadores. Cerca de 85% dos casos de bronquite crónica e enfisema, quando clinicamente estabelecidos, são progressivas e irreversíveis (Torres, 2005; Esmond, 2005).

A obstrução das vias aéreas inferiores é uma manifestação crónica e característica da Bronquite Crónica e do enfisema pulmonar, pelo que estas doenças estão englobadas num conceito mais vasto, conhecido por DPOC (...) processo obstrutivo crónico (...) e persistente das vias aéreas inferiores, com consequente limitação dos débitos aéreos expiratórios, habitualmente progressivo, irreversível ou parcialmente reversível. As causas de bronquite crónica e do enfisema pulmonar, são sobreponíveis e os sintomas são parecidos (...) o fumo do tabaco é de longe, a causa mais comum de DPOC, sendo um problema de difícil resolução, mostrando até mesmo uma tendência crescente, sobre tudo no sexo feminino (Álvares, 2006).

O enfisema é uma consequência da destruição dos alvéolos, caracterizada pela dilatação excessiva dos alvéolos pulmonares, o que causa a perda de capacidade respiratória e uma oxigenação insuficiente. O tecido pulmonar perde a sua elasticidade, e as paredes que suportam os alvéolos e os capilares são destruídos (Seeley *et alii.*, 2005). Álvares (2006) afirma existir uma estreita relação entre o enfisema e o consumo de tabaco.

Os relatórios do National Research Council 1986 e do U.S. Surgeon General de 1986 concluíram, a partir de estudos em indivíduos, que os filhos de fumadores apresentavam um aumento da prevalência de sintomas respiratórios entre os quais tosse, expectoração e pieira, quando comparados com filhos de não fumadores. O relatório do U.S. Surgeon General de 2004 afirmou decisivamente que o tabagismo activo está causalmente relacionado com o compromisso do desenvolvimento pulmonar em crianças e adolescentes (*cit. in Pestana, 2006*).

O tabagismo é um factor de risco para o desenvolvimento de pneumonia bacteriana. Segundo Murin *et alii.*, 2000 (*cit. in Pestana, 2006*), o tabaco provoca quer um aumento da colonização bacteriana da árvore respiratória quer uma alteração da bacteriologia das pneumonias. Conforme a WHO (2009), o consumo de tabaco é um potencial factor de risco de contrair e morrer por tuberculose. Na incidência global de tuberculose, 20% é atribuída aos consumidores de tabaco. Fumar aumenta duas vezes e meia a possibilidade de contrair tuberculose. O controlo da epidemia do tabaco será claramente uma mais-valia no controle da tuberculose (disponível em [http:// www.who.int/tobacco/ resources/ publications/port_sept09.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/port_sept09.pdf). consultado em 16/10/09).

O consumo de tabaco, segundo Sá & Bernardo (2004), é o principal factor desencadeante de doenças oncológicas. Tem sido identificado como causa directa de cancro da cavidade oral (74% dos casos), cancro do esófago (53% dos casos), cancro da laringe (87% dos casos), cancro do pâncreas (38 % dos casos), cancro da bexiga (50% dos casos), cancro do rim (39% dos casos), leucemia (em especial mielóide aguda) e cancro do colo do útero (6% dos casos).

Independentemente da forma de consumo do tabaco, este lesiona as mucosas. Os produtos como o benzopireno e as nitrosaminas, agentes carcinogéneos, lesam o ADN das células (Johnson *et alii.*, *cit. in Kustner, 2005*).

De todos os tipos de tumores malignos, o cancro do pulmão é aquele cuja incidência está a aumentar, provavelmente associado ao envelhecimento da população, à acção dos agentes carcinogénicos industriais e do tabagismo, independentemente da raça, condições socioeconómicas ou geográficas (...) em Portugal, a ausência de uniformização de registos leva a resultados difíceis de interpretação. Calcula-se que a incidência do cancro do pulmão seja de aproximadamente 12 a 14/100.000 habitantes. (...) Existe uma associação entre o fumador passivo e o cancro do pulmão, cuja equivalência corresponde a fumar cerca de meio cigarro por dia, apresentando um risco relativo 1,2 vezes maior que o dos não fumadores não expostos (...) (Álvares, 2006).

O uso diário do tabaco aumenta o risco de doenças cardiovasculares, como doença coronária, doença vascular cerebral, aneurisma da aorta e doença arterial periférica. O risco de mortalidade por qualquer doença cardiovascular é 1.6 vezes maior nos fumadores do que nos que nunca fumaram, aumentando para 1.9 nos indivíduos com hábitos tabágicos intensos. O tabaco causa hipertensão, taquicardia, dislipidémia (provoca elevação do colesterol LDL), aumento dos neutrófilos circulantes e da coaguabilidade e causa lesão endotelial directa. Após os 60 anos, o risco de ataque cardíaco duplica nos fumadores (Nunes *et alii.*, *cit. in* Santos, 2008).

Num estudo prospectivo sobre a taxa de mortalidade em médicos ingleses fumadores, acompanhados durante 40 anos, observou-se que cerca de metade do total morreu prematuramente antes dos 65 anos, vítimas do consumo de tabaco (Sá & Bernardo, 2004).

Fumar reduz a fertilidade tanto masculina como feminina. Os problemas de fertilidade observados nos fumadores resultam em parte de alterações no metabolismo das hormonas sexuais. Substâncias presentes no tabaco são tóxicas para os testículos e os ovários. Estudos realizados em animais sugerem que a nicotina e o do fumo do tabaco têm efeitos adversos na interacção do ovo e do esperma e na implantação do ovo fertilizado. As mulheres fumadoras levam mais tempo a engravidar. Nas fumadoras a probabilidade de engravidar está diminuída cerca de 10 a 40 % por ciclo (...) (Mattison *cit. in* Fatela, 2005).

Quanto ao uso concomitante com substâncias farmacológicas, é dado especial relevo à interação do tabaco com os contraceptivos orais à base de estrogénio, resultando num risco acrescido de doença vascular, nomeadamente doença coronária e acidente vascular cerebral. Em conjunto actuam sinergicamente, sendo o risco maior que a soma dos dois. O risco de enfarte do miocárdio pode ser até vinte vezes superior, bem como o risco cardiovascular das mulheres que tomam a pílula é superior a sete vezes ao das não fumadoras (WHO *cit. in* Fatela 2005).

Os bebés nascidos de mães fumadoras geralmente são partos de pré-termo, representando um factor de risco importante na mortalidade neo-natal. São recém-nascidos que nascem com baixo peso, comparando com outros de mães não fumadoras. A morte súbita, que ocorre em recém-nascidos logo nos primeiros dias de vida, sem uma causa bem definida, tem maior frequência quando a concepção no útero materno teve a acção das substâncias presentes no tabaco. A nicotina desempenha um papel vasoconstritor, diminuindo a irrigação placentária, prejudicando a oxigenação fetal. Problemas como descolamento da placenta e hemorragias são mais comuns em gestantes fumadoras (Torres, 2005).

Mulheres fumadoras têm menor probabilidade de amamentar que as não fumadoras e tendem a amamentar durante menos tempo (...) a quantidade do leite está diminuída (...) a qualidade do leite esta comprometida. O leite das fumadoras tem menor quantidade de lípidos. O efeito do tabaco na amamentação é mediado pela regulação da nicotina na prolactina. A prolactina é responsável pela iniciação e manutenção da produção do leite. As fumadoras têm níveis de prolactina inferiores às não fumadoras. Está demonstrado que a nicotina inibe a produção de prolactina. (...) a função tiróideia do recém-nascido depende do iodo do leite materno e o tabaco leva à diminuição desse iodo no leite materno. Fumar na amamentação aumenta o risco de deficiência de iodo com possível lesão cerebral da criança. Mulher que amamenta não deve fumar ou deve fazer suplementos extra de iodo. Fumadoras passivas param a amamentação mais cedo que as não fumadoras (Yeung *et alii., cit. in* Fatela, 2005).

Segundo Catellsagué (*cit. in Fatela, 2005*), o cancro do colo é a maior causa de morte na mulher do mundo. Estudos nas mulheres infectadas por papiloma vírus encontraram que as mulheres fumadoras têm maior risco de desenvolver cancro invasivo do colo (cerca de duas a três vezes mais).

De acordo com Midgette *et alii.*, (*cit. in Fatela 2005*),

Em média, a mulher fumadora atinge a menopausa cerca de dois anos mais cedo que a não fumadora. Nas fumadoras actuais o risco de menopausa precoce é duas vezes superior ao das não fumadoras (...).

Segundo a Comissão Europeia, 2004, (*cit. in Santos et alii.*, 2008), fumar é causa de outros problemas de saúde muito graves, tais como rinite crónica, esclerose múltipla, artrite reumatóide e envelhecimento precoce da pele. Quando o hábito de fumar está ligado à diabetes, o risco de se morrer precocemente aumenta.

1.3.1. Benefícios da Cessação Tabágica

O relatório do U.S. Surgeon General, de 2004, (*cit. in Santos et alii.*, 2008),” refere os seguintes benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica que se iniciam após o consumo do último cigarro”.

Quadro 6 – Benefícios decorrentes da Cessação Tabágica

BENEFÍCIOS DARA A SAÚDE DECORRENTES DA CESSAÇÃO
20 minutos depois, a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal.
8 horas depois, normalização do nível de monóxido de carbono no sangue.

24 horas depois, redução do risco de sofrer enfarte do miocárdio.
48 horas depois, o paladar e o olfacto começam a melhorar.
72 horas depois, o relaxamento dos brônquios permite respirar melhor.
2 Semanas a 3 meses depois, a circulação sanguínea melhora e a função pulmonar aumenta cerca de 30%.
1 a 9 meses depois, a ocorrência de tosse, congestão nasal, fadiga e dispneia diminuem. Os cílios recuperam a sua função normal no revestimento do epitélio respiratório, aumentando a sua capacidade de eliminar muco e reduzindo a possibilidade de infecções respiratórias.
1 ano depois, diminuição em 50% do risco de doença cardíaca coronária.
10 anos depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. Diminui o risco de cancro de boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas.
15 anos depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não fumador.

Fonte: Santos, H. *et alii.*, (2008). Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo. *Farmácia Distribuição*, Suplemento FD, 203

De acordo com a U.S. Department of Health and Human Services, 1990, (*cit. in* Pestana, 2006), na sociedade em geral existe o mito de que, uma vez estabelecidos os malefícios na saúde do fumador, já não vale a pena deixar de fumar. Isto é completamente falso, incluindo todos os casos em que se desenvolveram doenças como

o cancro do pulmão pois, apesar da irreversibilidade da patologia, haverá, de uma forma geral, um ganho a diversos níveis.

A cessação tabágica é benéfica em qualquer idade, mas os benefícios são tanto maiores quanto mais cedo se deixar o consumo de tabaco. Os estudos de Richard Doll nos médicos ingleses concluíram que se podem reduzir significativamente os riscos associados ao consumo se os mesmos pararem de fumar antes dos trinta anos (Doll *et alii.*, *cit. in* George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

Como refere George (2007), não são ainda de menosprezar outros benefícios decorrentes da cessação tabágica, como sejam os económicos, os sensoriais, os estéticos e a melhoria da auto-estima (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

1.4. Cuidados de Saúde Primários

Reportando à problemática do tabagismo, e analisando os cuidados de saúde prestados aos indivíduos que dela sofrem, surgem como ponto fulcral na luta contra esta doença os cuidados de saúde primários. Estes encerram não só a prestação de cuidados numa óptica de tratamento, como desempenham também um papel fundamental na prevenção da doença supracitada. O Programa do XVII Governo Constitucional declarou que os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação destes cuidados, avocando importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Diário da República, 1.^a série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008, Decreto-Lei N.º 28/2008).

É incumbida a responsabilidade aos centros de saúde de ser a porta de entrada ao Serviço Nacional de Saúde, mas além disso deverão os profissionais de saúde assumir funções de promoção de saúde, prevenção da doença e a continuidade dos cuidados (Diário da República, 1.^a série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008, Decreto-Lei N.º 28/2008).

Segundo a Declaração de Alma-Ata (1978),

Cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde (...) colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação (...) representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm#Alma. consultado em 02/08/09).

1.4.1. Promoção da Saúde, Prevenção da Doença

Considerando a importância anteriormente referida da promoção da saúde e prevenção da doença por parte dos enfermeiros, torna-se fulcral uma breve análise a estes conceitos.

Para Parse (*cit. in* Ramalho, 2005),

A saúde é um processo dinâmico de bem-estar biopsicosocial e cultural, que pode ser melhorado pela manipulação do ambiente (...) os enfermeiros são considerados peritos e intervêm a título de conselheiros. As intervenções de enfermagem são centradas em técnicas e procedimentos, baseados no saber e competência dos profissionais (...) a pessoa é vista como mais e diferente das partes. É um sistema aberto em constante intercâmbio com o ambiente (...).

A ênfase dada desde o final do século XX aos cuidados de saúde primários tem desenvolvido as práticas de promoção da saúde em geral, bem como de prevenção de doenças, as quais se aplicam a doenças específicas e se referem às actividades que visam evitar essas doenças (Ribeiro, 1998). Este autor refere que a promoção da saúde pode ser aplicada em várias fases:

1. Quando o indivíduo está doente, sendo a intervenção do tipo curativo;
2. Quando o indivíduo, está em risco, sendo a intervenção de tipo preventivo;
3. Quando o indivíduo, está de boa saúde e não está em risco, a promoção da saúde visa aumentar o bem-estar;

A prevenção de doenças, engloba um processo que visa criar condições para que os indivíduos controlem a sua saúde, pretendendo assim evitar os comportamentos que são a causa de doenças (Paul, 2001). Com este objectivo, os profissionais de saúde fazem frequentemente recomendações sobre mudanças de comportamento (Odgen, 1999) no que se designa por acção educativa, a qual visa melhorar a adesão do utente a estilos de vida saudável (Haynes & Mullen, *cit. in* Odgen, 1999).

É, portanto, da competência do profissional de saúde transmitir informação e criar um clima acolhedor, baseado na confiança, para que o utente compreenda a informação dada e transmita todas as suas dúvidas ao profissional. Só assim se estabelece uma relação terapêutica onde compete ao profissional esclarecer e aconselhar (Ribeiro, 1998).

A relação do profissional de saúde com o doente / utente deve ter como finalidade o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. Os profissionais de Saúde devem ver o ser humano como um ser holístico, ver um todo em detrimento das partes. A saúde não pode ser encarada só a nível físico ou individual, mas sim um resultado de condições biológicas, psicológicas, sociais e culturais onde o indivíduo se integra (Carvalho & Carvalho, 2006).

Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados a nível preventivo à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho onde exerçam, em particular no que se refere à prevenção e tratamento do tabagismo (George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09).

De acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem, os Enfermeiros deverão actuar no sentido de prevenir, ao longo de todo o ciclo vital, a doença; melhorar os processos de readaptação, visando a satisfação das necessidades humanas fundamentais; e ainda promover a aprendizagem, aumentando o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (Ordem dos Enfermeiros) (disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sede_forum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf. consultado em 15/08/09).

1.4.2. Organização dos Cuidados de Saúde Primários

Segundo o Decreto-Lei n.º 28 de 22 de Fevereiro (2008), o Governo estudou qual seria a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde. Da intervenção legislativa, surgiu a criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, tendo como principal missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008, Decreto-Lei N.º 28/2008).

Fazem parte das unidades funcionais as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais

partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser consideradas como necessários pelas administrações regionais de saúde (Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008, Decreto-Lei N.º 28/2008).

Os cuidados de saúde a prestar devem ser definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrar a sua organização numa coordenação efectiva entre programas em desenvolvimento. Os programas e projectos integram-se no plano de acção do ACES, em estreita articulação com as unidades funcionais acima referidas (Documento de suporte à implementação das UCC) (disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf. consultado em 02/10/09).

Prevê-se que o presente decreto-lei possa dar mais estabilidade a nível organizacional na prestação de cuidados de saúde primários, ciente das necessidades das populações e melhores acessos aos cuidados de saúde para que se possam alcançar maiores ganhos em saúde (Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008, Decreto-Lei N.º 28/2008).

No presente trabalho, serão discutidas apenas as intervenções levadas a cabo nas UCC, com especial foco no papel do profissional de enfermagem no desenvolvimento das mesmas, papel esse que seguidamente se descreve. Porém, sublinha-se que algumas das actividades descritas são, ao momento, realizadas no âmbito das USF, estando a decorrer o processo de candidatura/abertura das UCC, razão pela qual são também incluídas nesta reflexão.

1.5. Intervenções de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários

A segunda conferência Ministerial da WHO em enfermagem e enfermagem obstétrica na Europa, realizada em Munique em Junho do ano 2000, aprovou a Declaração de Munique, subscrita pelos Ministros da Saúde dos Estados Membros da Região Europeia da WHO, onde se inclui Portugal. Declarou que os enfermeiros desempenham um papel indispensável no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde, facto este que tinha sido anteriormente sublinhado na conferência Ministerial da WHO em Viena, decorria o ano de 1988, permitindo consolidar o estatuto da profissão, bem como tirar o máximo partido do seu potencial. A Enfermagem possui um papel fulcral face aos novos problemas de saúde pública, assegurando a prestação de cuidados de alta qualidade, acessíveis, equitativos, eficientes, adequados e a criação de oportunidades para que se estabeleçam programas e serviços de enfermagem comunitária centrados na família, incluído o enfermeiro de família (Ordem dos Enfermeiros) (disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossau deprimerios/3/3.pdf>. consultado em 21/08/09).

De acordo com Macedo & Duarte (2008), é a nível do Centro de Saúde que mais de perto se segue a população, que se consegue um acompanhamento, um seguimento ou mesmo um conhecimento profundo e global da história de cada indivíduo, inserido numa família, numa comunidade, num vasto contexto que importa conhecer, de modo a que a actuação seja o mais eficaz e completa possível. Neste sentido, é necessário que se desenvolvam projectos de intervenção Comunitária, os quais abrangem não só um indivíduo ou uma família, mas uma comunidade ou grupo específico da comunidade. Este processo envolve um trabalho de campo que procure responder às necessidades diagnosticadas pela e na comunidade, através da realização de um plano organizado e sistematizado de actividades que satisfaçam plenamente os objectivos (disponível em http://www.aeop.net/fileManager/file/OncoNews_06_1.pdf. consultado em 13/08/09).

Segundo o documento de implementação das UCC (2009), esta presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (disponível em http://www.mcsp.minsaude.pt/Imgs/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf. consultado em 02/10/09).

A UCC assenta em equipas técnicas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala, nutricionistas/dietistas, em permanência ou em colaboração parcial, sendo afectos a esta unidade todos os elementos que exerçam maioritariamente a sua actividade nesta unidade funcional. Estes profissionais desenvolvem a sua actividade em estreita articulação e complementaridade com as outras unidades funcionais do ACES (disponível em http://www.mcsp.minsaude.pt/Imgs/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf. consultado em 02/10/09).

As actividades, projectos ou programas a seguir enunciados, que serão o alvo principal de análise no presente trabalho, integram a carteira de serviços da UCC, devendo, cada unidade, definir e contratualizar o seu plano de acção, em conformidade com o diagnóstico de saúde da comunidade efectuado em parceria com a USP e a Rede Social:

- Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tal como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Projectos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes ou que venham a existir, em parceria com

outras instituições que podem ajudar na aquisição de hábitos saudáveis, da população ao longo do ciclo de vida.

(disponível em http://www.mcsp.minsaude.pt/lmgs/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf. consultado em 02/10/09).

Nos próximos subcapítulos, far-se-á uma análise detalhada das intervenções de enfermagem nos referidos programas.

1.5.1. Intervenções em Programas no âmbito da Protecção e Promoção de Saúde e Prevenção da Doença na Comunidade

Os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde portugueses (Carvalho & Carvalho, 2006). Por se ter provado que a adolescência constitui o período do ciclo vital no qual existe maior probabilidade de os indivíduos experimentarem o seu primeiro cigarro, e em que é maior o risco de se iniciarem num hábito tabágico, que se poderá prolongar por toda a sua vida, a prevenção do consumo de tabaco junto dos jovens é uma das áreas mais proeminentes da Promoção da Saúde, (Sardinha *et alii.*, 1999).

É reconhecido que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida (...) assim como os recursos comunitários (Correia *et alii.*, *cit. in* Carvalho & Carvalho, 2006).

O enfermeiro na comunidade possibilita a autonomia, cria oportunidades, reforça convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e de desenvolvimento (Carvalho & Carvalho, 2006). Segundo Lash (*cit. in* Carvalho & Carvalho, 2006), a educação para a saúde está a tornar-se cada vez mais importante na enfermagem. Esta constitui uma componente essencial aos

cuidados de saúde primários, voltada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais das doenças. Os enfermeiros, cada vez mais assumem papéis fulcrais na promoção da saúde, estando envolvidos no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviços para a melhoria da saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Escolar (2006), para se dar resposta às escolas e à comunidade educativa da sua zona de atracção, foram criadas as equipas nucleares de saúde escolar. Estas equipas são constituídas por um médico e um enfermeiro, cada um responsável por actividades consonantes com as suas competências técnicas, perfazendo no seu conjunto 24 horas semanais de intervenção por cada grupo de 2500 alunos (disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/saudeescolar.htm>. consultado em 03/08/09).

O enfermeiro possui um importante papel no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), ao promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa, promovendo um ambiente escolar seguro e saudável, reforçando os factores de protecção relacionados com estilos de vida saudáveis, bem como contribuindo para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde. As actividades preconizadas pelo PNSE deverão ser orientadas para determinantes de saúde, como a alimentação, actividade física, gestão de stress e factores de risco como o tabaco e o álcool, inseridas nas orientações do pré-escolar, do ensino obrigatório e do ensino secundário. As estratégias inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: vigilância e protecção da saúde; aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção de saúde. O enfermeiro enquanto membro activo da equipa de saúde escolar assume um papel fundamental na obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006) (disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/saudeescolar.htm>. consultado em 03/08/09).

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as actividades dirigidas à saúde individual e colectiva visam a realização do exame global de saúde nas idades-chave, definidas pelo programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006) (disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/saudeescolar.htm>. consultado em 03/08/09). Na consulta dos 5/6 anos, os parâmetros a avaliar são o peso, estatura, tensão arterial, dentes, coração, postura, visão, audição, exame físico, linguagem, desenvolvimento e a vacinação. Relativamente aos cuidados antecipatórios, são abordados temas como a alimentação, higiene oral, adaptação ao meio escolar e prevenção do insucesso escolar, desenvolvimento, relacionamento e socialização, acidentes e segurança, actividades desportivas e culturais e hábitos de sono. Na consulta dos 11/13 anos, são avaliados todos os parâmetros da consulta dos 5/6 anos com o acréscimo do estágio pubertário, sinais e sintomas de alerta de alimentação desequilibrada, comportamentos sexuais de risco, passagens ao acto e comportamentos suicidários, perfil lipídico em adolescentes com factores de risco. Relativamente aos cuidados antecipatórios, são abordados os temas da consulta dos 5/6 anos com o acréscimo de temas como consumos nocivos e riscos associados ao consumo, sexualidade e temas sociais e culturais. Nas consultas a adolescentes, tanto os enfermeiros como os médicos devem facilitar a opção de estes serem atendidos a sós, assegurando a privacidade e confidencialidade da consulta (Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de actuação, 2005) (disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>. consultado em 02/10/09).

Segundo a Avaliação do Programa de Saúde Escolar 2005/2006 da Direcção Geral da Saúde, 98% dos Centros de Saúde tinham equipas de saúde escolar; 7.819 escolas e 4.553 Jardins-de-infância foram abrangidas por actividades de saúde escolar; 151.733 crianças de Jardins-de-infância e 361.819 alunos do Ensino Básico e Secundário, beneficiaram de acções de saúde escolar; 7.808 professores e 7.218 educadores de infância trabalharam com profissionais das equipas de saúde escolar dos Centros de Saúde; 76% das crianças de 6 anos, e 35% de 13 anos realizaram o exame de saúde global; 631 escolas e 58 Jardins-de-infância desenvolveram acções de prevenção do

consumo de tabaco que abrangeram 65.931 alunos (disponível em <http://www.dgs.pt/>. consultado em 03/08/09).

É de realçar que o consumo de substâncias lícitas como o tabaco está inserido no contexto da intervenção de saúde escolar, sendo uma das áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e de comportamento de risco (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006) (disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/saudeescolar.htm>. consultado em 03/08/09).

O Programa de Escolas Livres sem Tabaco (PELT), visa contribuir para evitar ou atrasar a idade de início do consumo de tabaco nos jovens escolarizados. Tem como objectivos incluir a prevenção e controlo do tabagismo no currículo escolar, promover a cessação tabágica junto da comunidade escolar, formar os professores, dotar os alunos de competências para a adopção de estilos de vida saudável, colaborar com a comunidade em geral na promoção e criação de ambientes saudáveis, promover a adesão ao programa de 100 escolas do 3.º ciclo do Ensino Básico na tentativa de as transformarem em Escolas Livres de Tabaco (ELT) até ao final do ano lectivo de 2009/10. Consideram-se ELT escolas que desenvolvem programas e formação em tabagismo para a comunidade escolar, programas de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis, na escola e na comunidade (disponível em <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde/%C3%81reas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o/Tabaco/PELT%20-%20Progama%20Escolas%20Livres%20de%20Tabaco>. consultado em 24/08/09).

Dentro das actividades estabelecidas no PELT, o enfermeiro enquanto membro activo da Equipa de Saúde Escolar é responsável pela sensibilização dos profissionais e Associações de Pais para a necessidade de uma escola livre de tabaco e compromisso dos mesmos na implementação do programa, elaboração do diagnóstico de situação em escolas com e sem programa, em estreita colaboração com os professores, formação de

peçoal docente, não-docente, pais e alunos da escola compromisso com a consulta de cessação tabágica do centro de saúde na prioridade do atendimento aos profissionais das escolas envolvidas, bem como monitorizar e avaliar as medidas implementadas (Programa Escolas Livres de Tabaco, 2006/2009) (disponível em http://www.dren.min-edu.pt/OfCirc/2006%5COfCirc_32_06Ax1.pdf. consultado em 05/10/09).

1.5.2. Projectos de Promoção de Estilos de Vida Saudável com Intervenções a Nível de Programas de Saúde já existentes ou que venham a existir

Segundo os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros estes deverão:

Actuar no sentido de prevenir, ao longo de todo o ciclo vital, a doença, bem como promover os processos de readaptação (...) ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade relacionados com a saúde (...) promover a aprendizagem sobre a forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossau deprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09). Estes aspectos devem ser respeitados, independentemente da figura jurídica que a gestão possa assumir.

Tendo como base todo o desenvolvimento do ciclo vital do indivíduo e da família, a enfermagem intervém na área da saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, saúde do adulto e idoso. Nas diversas áreas, é focada a promoção da saúde e o bem-estar, o desenvolvimento de programas e projectos de educação para a adopção de estilos de vida saudáveis, no sentido de potenciar o nível de saúde da população (disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossau deprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09).

Um dos projectos em curso, embora não esteja implementado em todos os Centros de Saúde ou Hospitais, nomeadamente por falta de recursos humanos, refere-se às consultas de cessação tabágica.

É da responsabilidade de todos os profissionais de saúde educar as pessoas em relação aos hábitos tabágicos e seus efeitos, informar os fumadores sobre os benefícios para a saúde que resultam da cessação do consumo, prestar apoio aos que querem deixar de fumar e ajudar a proteger os cidadãos do fumo passivo (Pisco *cit. in* Nunes *et alii.*, 2007).

Segundo Pisco (*cit. in* Nunes *et alii.*, 2007),

Muitos fumadores, em percentagem significativa, estão dispostos a deixar de fumar (...) posto isto surge a necessidade de oferecer informação, material de divulgação e acesso a terapias de desabitação a todos os que querem deixa de fumar (...).

Foi elaborado um programa estruturado de consultas de apoio intensivo ao fumador que engloba um conjunto de abordagens de natureza comportamental e medicamentosa, assente numa compreensão global da pessoa que fuma, do seu contexto pessoal, familiar e profissional, bem como das motivações e barreiras sentidas no processo de mudança (Glanz *et alii.*, *cit. in* Nunes *et alii.*, 2007). Para que tal aconteça, os serviços de saúde deverão oferecer um programa estruturado de consultas de cessação tabágica realizado por médicos e enfermeiros habilitados, em horários e espaço adequado (Nunes *et alii.*, 2007).

O cronograma de consultas de apoio intensivo está estruturado em quatro ou seis consultas médicas com o apoio de enfermagem, e três a quatro contactos telefónicos a realizar pelos profissionais. A enfermagem intervém em áreas como o acolhimento ao fumador, ensinios sobre o tópicio tabaco e saúde, avaliação da fase de motivação, registo de dados antropométricos como o peso, altura, índice de massa corporal, pressão arterial, doseamento do nível de monóxido de carbono, apoio no preenchimento de questionários e entrega de folhetos informativos de acordo com a fase de motivação, esclarecimento de dúvidas e avaliação periódica do estudo de evolução do paciente (Nunes *et alii.*, 2007).

Muitos fumadores deixam de fumar sem grande dificuldade, mas como cada ser é único, é necessário afirmar que tal não acontece com muitos outros fumadores. Tal como Nunes *et alii.*, (2007) infere, “ numa população de pessoas fumadoras estima-se que cerca de 70% gostaria de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade”.

A cessação do consumo produz sempre uma melhoria do estado de saúde individual, como anteriormente referido, promovendo benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco (Pisco *cit. in* Nunes *et alii.*, 2007). O enfermeiro enquanto parte integrante da equipa de profissionais deve questionar quanto a hábitos tabágicos e aconselhar relativamente às vantagens da cessação a todos os adultos e grávidas que ocorram a uma consulta (Nunes *et alii.*, 2007).

II. METODOLOGIA

A fase metodológica é importante, na medida em que é a primeira etapa que guiará todo o processo de investigação. Assim, segundo Fortin (2003) o “ investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas”.

2.1. Definição e Delimitação do Tema

A realização de uma investigação implica, a delimitação do campo de interesses e o problema a que se pretender dar resposta.

Assim a definição do problema de investigação assume um papel de extrema relevância, uma vez que é a partir deste momento que se estabelece o início da investigação, permitindo uma compreensão e melhoria do problema.

De acordo com Fortin (2003, pp.101),

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada.

Com este estudo pretende-se dar resposta as seguintes questões:

-Relativamente à idade, quais as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo?

-Relativamente ao género, quais as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo?

-Quais das faixas etárias nas quais devem ser alvo de consultas de cessação tabágica?

-Qual a necessidade de incluir no exame global dos 5/6 anos, a avaliação de consumo de substâncias nocivas?

2.2. Objectivos da Investigação

Segundo Fortin (2003), “os objectivos precisam exactamente o que o investigador tem intenção de realizar no seu estudo”.

Os objectivos pessoais e académicos mais relevantes são os que a seguir se enunciam: aprofundar o conhecimento sobre metodologia científica; desenvolver competências na área de investigação; reflectir sobre a importância da investigação em Enfermagem.

Os objectivos científicos do presente estudo são os seguintes:

-Identificar, relativamente à idade, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.

-Identificar, relativamente ao género, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.

-Identificar as faixas etárias que devem ser alvo de consultas de cessação tabágica.

-Identificar a necessidade de incluir, no exame global dos 5/6 anos, a avaliação de consumo de substâncias nocivas.

Segundo Fortin (2003, p.17), a investigação científica é “ (...) um processo sistemático que permite examinar fenômenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”.

2.3. Tipo de Estudo

O estudo a desenvolver é uma revisão da literatura, na qual se realiza um inventário, bem como um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes, sobre *“Tabagismo e suas Consequências - Intervenções de Enfermagem”*.

De acordo com Fortin (2003),

Rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo. (...) é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação. Uma revisão da literatura mostra, portanto, um conjunto de trabalhos sobre o mesmo tema, no qual ressaltam os elementos comuns e os divergentes.

III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procurar-se-á relacionar o enquadramento teórico apresentado ao longo do projecto de investigação com os seus objectivos iniciais e reflectir sobre os aspectos mais pertinentes no que concerne ao tema em estudo.

-Identificar, relativamente à idade, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.

No exercício da sua profissão, como foi já referido anteriormente, o enfermeiro intervém ao longo de todo o ciclo vital de desenvolvimento do indivíduo e sua família (Ordem dos Enfermeiros) (disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09). Tendo isso em atenção, nos cuidados de saúde primários as intervenções do enfermeiro passam por promover a saúde e o bem-estar, através da educação e promoção da adopção de estilos de vida saudáveis, intervindo nas áreas de saúde da criança e adolescente, saúde do adulto e do idoso, bem como na saúde da mulher (Macedo & Duarte, 2008; Ordem dos Enfermeiros (disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09).

Sendo o tabagismo a mais importante causa de morte evitável do mundo, urge, cada vez mais, uma intervenção incisiva na sua prevenção (Sambo, 2009) (disponível em <http://www.afro.who.int/press/portuguese/2009/pr20090531.html>. consultado em 13/08/09). Para além do substancial risco do aumento do cancro do pulmão, o tabaco é causa directa ou provável de outros cancros (cavidade oral, esófago, traqueia, estômago, rim e bexiga), bem como de doença cardiovascular e pulmonar. O tabaco tem igualmente efeitos nefastos na gravidez estando associado a aborto espontâneo, morte fetal, parto pré-termo e baixo peso ao nascimento (Sá & Bernardo, 2004; Álvares, 2006; Torres,

2005; Yeung *et alii.*, *cit. in* Fatela, 2005). Visto a WHO (2003), ter considerado o tabagismo uma doença crónica, é necessário acompanhar e investigar todos os consumidores de tabaco, com o objectivo de criar cada vez mais e melhores intervenções quer na prevenção primária, quer na prevenção secundária (disponível em <http://www.who.int/features/2003/08/en/>. consultado em 20/08/09).

De acordo com a análise anteriormente realizada do 4º INS 2005/2006 [vide quadro 2], na população portuguesa do sexo masculino a prevalência de fumadores é de 30,9% para 11,8% de indivíduos do sexo feminino. Verifica-se, então, no sexo masculino que a prevalência de fumadores iguala, aproximadamente, o dobro da prevalência para indivíduos do sexo feminino, apontando-o assim como foco prioritário de intervenção (Machado *et alii.*, 2009). No entanto, apesar da discrepância de valores, o INS revela uma tendência crescente da prevalência de mulheres fumadoras, dados estes que demonstram a urgência de intervenção neste grupo. Desta análise poder-se-á, então, constatar que a nível de Cuidados de Saúde Primários fará sentido intervir quer junto do sexo masculino, quer do sexo feminino (Dias *et alii.*, *cit. in* Machado *et alii.*, 2009; Ordem dos Enfermeiros, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09).

-Identificar, relativamente ao género, as populações-alvo nas quais devemos desenvolver intervenções de Enfermagem na prevenção do tabagismo.

Pela análise do 4º INS 2005/2006 [vide quadro 4], verifica-se que, para o sexo masculino, a idade mínima de iniciação ao consumo de tabaco corresponde aos 6 anos de idade e a idade máxima corresponde aos 61. Para o sexo feminino, a idade mínima corresponde aos 7 anos e a idade máxima aos 72 anos (Machado *et alii.*, 2009). Analisando estes dados, poder-se-á apurar que o intervalo de iniciação aos hábitos de consumo tabágico oscila entre os 6 e os 72 anos. Dada a grandeza deste intervalo, fará então sentido que o enfermeiro intervenha junto dos indivíduos ao longo de todo o ciclo

vital, com o objectivo mais vasto de prevenção da doença e promoção da saúde, através da criação de condições que facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis (Machado *et alii.*, 2009; Ordem dos Enfermeiros, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09).

É fulcral que o enfermeiro intervenha nas áreas de saúde da criança e adolescente, saúde do adulto e do idoso, bem como na saúde da mulher, não havendo distinção entre faixa etária ou sexo, sendo que todos os indivíduos que fumam enfrentam consequências extremamente adversas para a saúde. Todos os enfermeiros têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho onde exerçam. É necessário que todos os indivíduos se consciencializem que o tabaco mata uma pessoa a cada seis segundos (Machado *et alii.*, 2009; WHO, 2008, disponível em <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. consultado em; George, 2007, disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09; Ordem dos Enfermeiros, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09).

-Identificar as faixas etárias que devem ser alvo de consultas de cessação tabágica.

O Enfermeiro, enquanto membro activo na equipa de saúde, é responsável por educar as pessoas em relação aos hábitos tabágicos e consequências associadas ao seu consumo, informar os fumadores sobre os benefícios para a saúde que resultam da cessação do consumo, prestar apoio aos que querem deixar de fumar e ajudar a proteger os cidadãos do fumo passivo (Pisco *cit. in* Nunes *et alii.*, 2007).

Para que tal aconteça, os serviços de saúde oferecem um programa estruturado de consultas de cessação tabágica realizado por médicos e enfermeiros habilitados, em horários e espaço adequado (Nunes *et alii.*, 2007). Visto o tabaco ser um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussões em toda a população, fumadora e não fumadora, os consumidores não podem ser deixados entregues a si próprios. O enfermeiro deverá encorajar, apoiar e informar todos os que quiserem deixar de fumar (Sá & Bernardo, 2004; Santos *et alii.*, 2008; Pisco *cit. in* Nunes *et alii.*, 2007).

Como já referido, da análise do 4º INS 2005/2006 conclui-se que, entre o sexo masculino, o grupo etário dos 35 aos 44 anos tem uma prevalência de fumadores diários (41.4%) superior à de não fumadores (33.6%). Já entre o sexo feminino, a prevalência de fumadoras diárias é sempre inferior à de não fumadoras, aumentando com a idade até ao grupo dos 35 aos 44 anos, onde atinge um valor máximo de 19,1% (Machado *et alii.*, 2009). Existe, portanto, uma prevalência crescente de fumadores que atinge o seu pico no grupo etário dos 35 aos 44 anos, idade a partir da qual ocorre um decréscimo progressivo, tornando-o assim no grupo que mais carece de intervenção nas consultas de cessação tabágica (Nunes *et alii.*, 2007; Machado *et alii.*, 2009).

Partindo destes dados, parece portanto fulcral direccionar as consultas de cessação tabágica para o intervalo de idades compreendido entre os 35 e os 44 anos. Não obstante, nunca se deverá descuidar toda e qualquer pessoa que demonstre vontade em deixar de fumar (Machado *et alii.*, 2009; Nunes *et alii.*, 2007).

Segundo a revisão da literatura, a cessação tabágica é benéfica em qualquer idade, mas os benefícios são tanto maiores quanto mais cedo se deixar o consumo de tabaco (Doll *et alii.*, *cit. in* George, 2007) (disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. consultado em 05/08/09). Por conseguinte, os enfermeiros nunca deverão desperdiçar toda e qualquer oportunidade de questionar os utentes/doentes quanto aos seus hábitos tabágicos e aconselhá-los relativamente às vantagens da cessação (Pisco *cit. in* Nunes *et alii.*, 2007). Todos os mitos relacionados

com o consumo de tabaco deverão ser desmistificados numa tentativa urgente de prevenir doenças relacionadas com o seu consumo, para que a população em geral possa tomar atitudes conscientes quando se lembrarem de fumar um cigarro (Pestana, 2006). É necessário formar e informar todos os consumidores e não consumidores, realizando intervenções a nível preventivo para que haja uma diminuição do consumo de tabaco em todas as faixas etárias. Do exposto fica claro que ao nível do tabaco, a melhor atitude individual é nunca começar a fumar (Clemente, 2003).

-Identificar a necessidade de incluir, no exame global dos 5/6 anos, a avaliação de consumo de substâncias nocivas.

Analisando o Programa-tipo de actuação na Saúde Infantil e Juvenil da Direcção-Geral da Saúde, anteriormente descrito, pode verificar-se que, de entre os inúmeros objectivos delineados no exame global de saúde dos 5/6 anos, não são abordados, no decorrer deste, temas como consumos nocivos e riscos associados ao consumo. Esta temática só será abordada nos cuidados antecipatórios do exame global dos 11/13 anos, onde está especificamente detalhado que o Enfermeiro deverá intervir junto dos jovens no que concerne à prevenção de consumos nocivos e riscos associados a este consumo (disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>. consultado em 02/10/09). A importância da intervenção no exame global de saúde dos 11/13 anos é reforçada pelos dados do 4º INS 2005/2006, que aponta como idade média de iniciação ao consumo de tabaco no sexo masculino a faixa etária dos 16-18 anos, e no sexo feminino a faixa etária dos 16-26 anos (Machado *et alii.*, 2009).

Porém, o mesmo inquérito revela factos preocupantes, que se prendem com a idade de início do consumo de tabaco; esta fonte demonstra que a idade mínima de início de consumo desta substância é de 6 anos no sexo masculino e 7 no sexo feminino. Embora estas idades se afastem bastante das médias de início de consumo, uma vez que está em causa a habituação a uma substância demonstradamente nociva como é o tabaco, parece ser de soberba importância a intervenção alargada no âmbito da prevenção deste hábito.

Assim, urge a necessidade de o enfermeiro intervir a nível da prevenção do consumo do tabaco na consulta do exame global dos 5/6 anos, afirmação suportada pelos dados anteriormente apresentados (Machado *et alii.*, 2009; Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de actuação, 2005, disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>. consultado em 02/10/09). Como infere Macedo & Duarte (2008), “é do conhecimento de todos os profissionais de saúde que prevenir agora é apostar num futuro mais saudável” (disponível em http://www.aeop.net/fileManager/file/OncoNews_06_1.pdf. consultado em 13/08/09).

Como o Enfermeiro possui um papel importante na promoção da saúde e prevenção da doença em todo o ciclo vital, é fundamental que se intervenha neste grave problema de saúde pública. Como especificado no enquadramento teórico, o tabagismo é encarado como uma doença e estima-se que caso não se tomem medidas de carácter urgente no século XXI morrerá um bilhão de pessoas com causas relacionadas com o tabagismo (Ordem dos Enfermeiros, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>. consultado em 15/08/09; WHO, 2003, disponível em <http://www.who.int/features/2003/08/en/>. consultado em 20/08/09; Sá & Bernardo, 2004).

IV. CONCLUSÃO

A escolha do presente tema teve por base, como já referido, quer a sua pertinência e actualidade, quer as razões pessoais citadas anteriormente. A título pessoal, esta escolha veio a revelar-se da mais extrema importância, permitindo não só aprofundar conhecimentos sobre este grave problema de saúde pública, mas também criar uma base sólida e sustentada na consciencialização dos malefícios associados ao tabaco, que permitiu que, enquanto fumador, analisasse condutas e tentasse modificar comportamentos.

Quanto à sua pertinência científica e académica, a revisão da literatura efectuada, bem como a análise dos dados referentes ao 4º INS, permitiram a meu ver reafirmar a intervenção do enfermeiro na problemática do tabagismo, nomeadamente no que concerne a promoção da saúde e prevenção da doença. Apesar de, na minha opinião, o trabalho do enfermeiro não ser por vezes valorizado, a verdade é que este é um agente de mudança por excelência, por ser o melhor elo de ligação entre doente e serviço de saúde e, como tal, criar com aquele uma relação de proximidade e confiança que lhe permite intervir de forma eficaz.

Da reflexão realizada no decorrer deste trabalho, podem retirar-se algumas conclusões que penso serem de grande interesse para os profissionais de saúde. Como referido no capítulo anterior, as intervenções de enfermagem na problemática do tabagismo deverão abranger toda a população, uma vez que, como os dados indicam, toda a população se considera estar em risco de iniciar consumos de tabaco e/ou sofrer de patologias a ele associadas. Pode também concluir-se que este tipo de intervenção deverá ser levada a cabo durante todo o ciclo vital do indivíduo, pois parece claro pela análise do 4º INS que a ocorrência de consumos pode existir em qualquer faixa etária.

Assim, e partindo dos pressupostos de promoção da saúde e prevenção da doença que pautaram esta reflexão, sugere-se um alargamento do espectro de intervenção nesta problemática, alargando-a a todos os indivíduos, independentemente da sua idade e género. Esta intervenção, levada a cabo por profissionais de enfermagem, eventualmente em colaboração com outros profissionais de saúde e/ou demais agentes da sociedade, deverá focar-se quer na prevenção do início do consumo de tabaco, incidindo nos públicos mais jovens e revestida de um carácter mais prático e lúdico, quer na cessação desse mesmo consumo, apoiando todos os que se dirigem aos serviços de saúde com esse objectivo e/ou motivando para tal aqueles que sofram desta patologia crónica.

Seria de extrema importância criar uma disciplina de carácter obrigatório, cuja principal preocupação seria a formação de atitudes e valores que levem a criança ao comportamento inteligente, revertendo em benefício da sua saúde e da saúde dos outros. Esta preocupar-se-ia em motivar a criança para aprender, analisar, em torná-la capaz de escolher inteligentemente o seu comportamento com base no conhecimento. Quando uma criança entra na escola, já possui conhecimentos, atitudes e práticas de saúde adquiridos no lar. Muitos necessitam de modificações, alguns precisam ser reforçados e outros aprendidos.

Os objectivos inicialmente propostos foram de uma maneira geral atingidos, através da opinião e teorias dos vários autores, os quais se encontram ao longo de toda a matriz teórica do trabalho monográfico.

O presente trabalho pode servir de propulsor para uma investigação mais profunda acerca da temática desenvolvida. De acordo com Ramalho (2005), diferentes formas de olhar a realidade geram diferentes perspectivas e diferentes perspectivas geram diferentes questões de investigação.

Foram verificadas algumas limitações neste estudo e, por isso, considera-se que devem ser identificadas. A mais visível diz respeito à análise de apenas alguns dados demográficos no estudo desta problemática, como o sejam o gênero e a faixa etária, por serem estes os relacionados com as questões de investigação iniciais. Porém, no decorrer da revisão bibliográfica, verificou-se a existência de outras informações, provenientes do 4º INS, como as habilitações literárias. Sugere-se assim que, em futuros estudos, sejam incluídos também estes e outros dados, que permitam uma análise mais abrangente da problemática do tabagismo.

Investigar é, sem dúvida uma tarefa difícil, mas essencial para o desenvolvimento profissional de cada um. Estimula o sentido crítico e reflexivo, alterando a forma de ser e de estar perante uma determinada situação a ser indagada. A investigação é o grande motor do desenvolvimento da disciplina da enfermagem, bem como de qualquer outro ramo de conhecimento (Ramalho, 2005).

BIBLIOGRAFIA

Referências Bibliográficas

- Almeida, D. (2006). *Manual de Culturas Hortícolas Volume II*. Editorial Presença;
- Álvares, E. (2006). *Doenças respiratórias Manual Prático*. Lisboa, Lidel edições-técnicas, Lda;
- Beaglehole, B. *et alii*. (2003). *Epidemiologia Básica*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública;
- Bernardo, M. & Sá, E. (2004). Tabagismo: a principal causa de mortalidade evitável. *Postgraduate Medicine*, 21 (5), pp.101-114;
- Borges, C. & Filho, H.(2004). *Tabagismo: Manual Técnico 3*. Lisboa, Climpsi Editores;
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de formação*. Loures, Lusociência;
- Claret, M. (2001). *O que você deve saber sobre Tabagismo*. São Paulo, Martin Claret;
- Clemente, P. (2003). O tabaco está fora de moda. *O comércio do Porto*, Suplemento da edição n.º 25;
- Clímaco, M. & Ramos, L. (2003). *Álcool, Tabaco e Jogo: do Lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Editora Quarteto;

- Dantzberg, B. (2006). *O pequeno livro para deixar de Fumar*. Porto, Campo das Letras – Editores;
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das doenças respiratórias*. Loures, Lusociência-Edições técnicas e Científicas, Lda;
- Fatela, A. (2005). Tabaco e a vida reprodutiva. *Postgraduate Medicine*, 23 (6), pp.96-106;
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Kellogg, H. (2002). Tabaccois, or how Tabacco Kills: *American journal of public health*, June, p.32- 34;
- Kustner, E. *et alii*. (2005). Factores de risco de cancro orofaríngeo. *Postgraduate Medicine*, 23 (4), pp. 89-99;
- Machado, A. *et alii*. (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do inquérito nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge;
- Martinet, Y. & Bohadana, A. (2003). *Tabagismo da prevenção à abstinência*. Lisboa, Climepsi Editores;
- Morón, M. *et alii*. (1997). *Vencer os vícios: como evitar as dependências que destroem a saúde*. Colecção saúde e qualidade de vida. Lisboa, Circulo de leitores;
- Nunes, E. (2006). Consumo de Tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 225-244;

- Nunes, E. *et alii.* (2007). *Cessação tabágica. Programa tipo de actuação.* Lisboa, Gradiva;
- Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde.* Lisboa, Climepsi Editores;
- Paúl, C. & Fonseca, M. (2001). *Psicossociologia da Saúde.* Lisboa, Climepsi Editores;
- Pestana, E. (2006). *Tabagismo do Diagnostico ao Tratamento.* Editora Lidel;
- Ramalho, A. (2005). *Manual redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise.* Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda;
- Ribeiro, J.(1998). *Psicologia e Saúde.* Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada;
- Santos, H. *et alii.* (2008). Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo. *Farmácia Distribuição*, Suplemento FD, 203;
- Sardinha, L. *et alii.* (1999). *Promoção da Saúde: Modelos e práticas de Intervenção nos âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo.* Cruz Quebrada, Faculdade de Motricidade Humana;
- Seeley, R. *et alii.* (2005). *Anatomia & Fisiologia.* Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda;
- Torres, B. (2005). *Pneumologia.* Rio de Janeiro, Editora Guanabara koogan;

Referências Electrónicas

- Declaração de ALMA-ATA. Saúde para todos no ano 2000. (1978). [Em Linha]. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm#Alma. [Consultado em 02/08/09];
- Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008, Decreto-Lei N.º 28/2008. [Em Linha]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>. [Consultado em 03/08/09];
- Direcção Geral de Saúde: Avaliação do Avaliação do Programa de Saúde Escolar. (2005/2006). [Em Linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>. [Consultado em 03/08/09];
- Documento de suporte à implementação das UCC. (2009) [Em linha] Disponível em http://www.mcsp.minsaude.pt/Images/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf. [Consultado em 02/10/09];
- George, F. Programa tipo de actuação em cessação tabágica. Circular Normativa nº 26/DSPPS. (2007). [Em Linha]. Disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. [Consultado em 05/08/09];
- Livro Verde. Por uma Europa sem Fumo. (2007). [Em Linha]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_pt.pdf. [Consultado em 10/08/09];
- Macedo, A. & Duarte, V. (2008). Enfermagem na Saúde Escolar: Consumo de substâncias. [Em Linha]. Disponível em http://www.aeop.net/fileManager/file/OncoNews_06_1.pdf. [Consultado em 13/08/09];

- Missão para os cuidados de saúde primários. Documentos de suporte à implementação UCC. (2009). [Em linha]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf. [Consultado em 04/08/09];
- Ordem dos Enfermeiros. Implementação e Consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal. [Em Linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/3/3.pdf>. [Consultado em 21/08/09];
- Ordem dos Enfermeiros. Rede de Cuidados de Saúde Primários. Modelos de gestão dos Centros de Saúde. [Em Linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>. [Consultado em 15/08/09];
- Programa Escolas Livres de Tabaco. [Em Linha]. Disponível em <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde/%C3%81reas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o/Tabaco/PELT%20%20Progama%20Escolas%20Livres%20de%20Tabaco>. [Consultado em 24/08/09];
- Programa Escolas Livres de Tabaco 2006/2009. [Em Linha]. Disponível em http://www.dren.min-edu.pt/OfCirc/2006%5COfCirc_32_06Ax1.pdf. [Consultado em 05/10/09];
- Programa Nacional de Saúde Escolar. Publicado no Diário da República n.º 110. (2006). [Em Linha]. Disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/saudeescolar.htm>. [Consultado em 03/08/09];
- Sambo, L. (2009). [Em Linha]. Disponível em <http://www.afro.who.int/press/portuguese/2009/pr20090531.html>. [Consultado em 13/08/09];

- Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de Actuação. Direcção Geral de Saúde. (2005). [Em Linha]. Disponível em [http://www.dgs.pt/upload/membro .id/ ficheiros /i008188.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/i008188.pdf). [Consultado em 02/10/09];
- World Health Organization. (2003). [Em Linha]. Disponível em <http://www.who .inf/features/2003/08/en/>. [Consultado em 20/08/09];
- World Health Organization. Sim Humo y con Vida: Mpower. (2008). [Em Linha]. Disponível em <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. [Consultado em 18/08/09];
- World Health Organization. Tabacco key Facts. (2009). [Em Linha]. Disponível em <http://www.who.int/topics/tobacco/facts/en/index.html>. [Consultado em 18/08/09];
- World Health Organization. Tuberculose & Tabagismo. (2009). [Em Linha]. Disponível em http://www.who.int/tobacco/resources/publications/port_sept09.pdf. [Consultado em 16/10/09];