



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Luis Augusto Schirr

Abordagem na diminuição da prevalência de tabagistas
da área da Unidade Básica de Saúde Marcianópolis no
município de Santo Antônio do Sudoeste - PR

Florianópolis, Março de 2016

Luis Augusto Schirr

Abordagem na diminuição da prevalência de tabagistas da área da
Unidade Básica de Saúde Marcianópolis no município de Santo
Antônio do Sudoeste - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Paulo Vinícius Nascimento Fontanive
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Luis Augusto Schirr

Abordagem na diminuição da prevalência de tabagistas da área da
Unidade Básica de Saúde Marcianópolis no município de Santo
Antônio do Sudoeste - PR

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A UBS Marcianopolis pertence ao município de Santo Antônio do Sudoeste - Paraná, está localizada em área rural distantes 12 quilômetros da área urbana, pode-se perceber, o número crescente de fumantes entre a população da área de abrangência. Além disto, a Unidade de Saúde não contava com qualquer estratégia ou ações planejadas anteriormente para diminuir a prevalência do tabagismo na população. Justifica-se esta intervenção com tratamento farmacológico do tabagismo com o objetivo de reduzir significativamente a sua prevalência, melhorando a qualidade de vida destas pessoas. Todos os indivíduos que manifestaram interesse em parar de fumar foram encaminhadas a um grupo de controle do tabagismo. As reuniões semanais foram realizadas com equipe multidisciplinar, médico, psicóloga, nutricionista, enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde. O tratamento incluía abordagem cognitivo comportamental para os participantes e o tratamento medicamentoso oferecido pelo Ministério da Saúde. O acompanhamento ocorreu semanalmente durante um mês e após isso uma consulta mensal. Em alguns casos específicos foram necessárias mais consultas de ajustes das doses devido a intercorrências decorrentes da abstinência, como ansiedade, insônia, crise de choro, nervosismo. Esperamos com a intervenção que vem sendo realizada na Unidade Básica de Saúde Marcianopolis que haja uma diminuição na prevalência de tabagistas e uma maior conscientização por parte da população acerca da cessação do tabagismo e seus benefícios.

Palavras-chave: Hábito de Fumar, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Educação em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivo Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

APRESENTAÇÃO

O PSF II Marcianopolis pertence a cidade de Santo Antonio do Sudoeste PR, está localizada 10km distantes da cidade ,sendo de área rural, é abrange também a área do PSF de Nova Riqueza em area rural.

É responsável por uma área de 10 comunidades, são elas: Linha Dutra,Rio verde, Nova Riqueza, Km 13, Linha Gloria, Km 05, Santa Terezinha , Linha Souza, Linha Barra e linha Santa Izabel, tendo uma população de 1544 indivduos, onde 775 são homens e deste numero 171 tem menos de 20 anos, 361 tem entre 20 a 59 anos e 243 são maiores de 59 anos; neste território 769 são mulheres, sendo 162 menores de 20 anos, 340 tem entre 20 anos a 59 anos e 267 mulheres se encontram acima de 59 anos.

Pode-se dizer que 70% recebem algum tipo de auxílio do governo federal através de incentivos sociais, o lixo é coletado uma vez por semana e apenas o reciclável pois o orgânico é utilizado como adubo.

O risco social é problema de uso entorpecentes e álcool na adolescência,

A comunidade de Marcianopolis evoluiu bastante comparado aos outros anos, mas ainda falta incentivo da parte da prefeitura municipal, para asfaltar a rua principal e adjacentes, implementar uma academia de saúde, pois há um grande número de sedentários e jovens.

Com relação as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foi evidenciado na UBS uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de Diabetes Mellitus (DM) de 27% e 18% respectivamente, sendo que 76% dos diabéticos sendo portador de HAS. Esse dado mostra que assim como em outras realidades, as DCNT principalmente essas duas supracitados, ainda são um grave problema de saúde pública que pode trazer sérias consequências quando não controladas.

As queixas mais comuns são: HAS, Lombalgia, DM, Gripe e Depressão, sendo o tabagismo sempre presente nestes agravos.

Percebe-se através das consultas médicas que o hábito do tabagismo leva a dependência química e física, agravando ou desencadeando as comorbidades já existentes, como doenças respiratórias, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus, obesidade.

Essa dependência afeta o contexto social e familiar do indivíduo tabagista, inclusive levando aos filhos ao tabagismo precoce como exemplo do contexto familiar em que estão inseridos.

Essa intervenção é importante para o indivíduo tabagista que eliminando o hábito de fumar terá menos possibilidades de complicar uma doença já existente ou desencadear uma nova comorbidade, sua família que é indispensável como alicerce emocional durante o tratamento, para a equipe de saúde que acompanhará continuamente as intercorrências,

as dúvidas e os êxitos e pela diminuição dos quadros de descompensações das comorbidade mais comum com a hipertensão arterial, asma e diabetes e para município que diminuirá custos com hospitalização ou encaminhamentos para serviços especializados e exames de imagem.

Para o médico é de suma importancia intervir nesse hábito de vida devido a melhora clinica e emocial destes individuos que procuraram ajuda para o tratamento.

O trabalho será realizado de forma multidisciplinar de educação permanente em conjunto com o NASF através de atividades de grupo, consultas individuais e fornecimento de medicação.

Até o presente momento o PSF II de Marcianopolis não desenvolveu esta aboradagem. Ela irá beneficiar a comunidade como um todo, pois um indivíduo ajuda o outro a cessar o tabagismo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir a prevalência dos indivíduos tabagistas da comunidade do PSF II de Marci-anopolis através de ações de educação em saúde.

2.2 Objetivo Específicos

- Quantificar o número de indivíduos de tabagistas que realizam consultas na unidade do PSF de Marci-anopolis e grupo de anti tabagismo do NASF
- Melhorar o nível de conscientização da população sobre os malefícios do tabagismo.
- Implantar e desenvolver, ações sistemáticas na luta anti-tabágica.
- Elaborar materiais didáticos destinados à população leiga visando alertar sobre os malefícios do tabagismo em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias

3 Revisão da Literatura

A Atenção Básica (AB) ocupa uma posição privilegiada e estratégica para o controle do tabaco dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para diversos outros agravos crônicos à saúde, resultado de seus quatro atributos essenciais: (1) primeiro acesso; (2) integralidade; (3) longitudinal idade; e (4) coordenação do cuidado (BRASIL, 2010). Os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde nas rede de serviços, assim com a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela (PORTARIA N° 2.488, 2011), configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e como o Programa Academias da Saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Com a publicação da (PORTARIA 3.124, 2012), o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça a implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. As modalidades de NASF hoje estão assim definidas:

Nenhum profissional poderá ter carga horaria semanal menor que 20 horas. eCR-

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais®
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para população específicas (eCR,eSFR e eSFF)	Mínimo de 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e n máximo 80h de carga horaria semanal
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR,eSFR e eSFF)	Mínimo de 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e n máximo 40h de carga horaria semanal
NASF 3	1 eSF e/ou eAB para população específicas (eCR,eSFR e eSFF)	Mínimo de 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e n máximo 40h de carga horaria semanal

Equipe Consultório na Rua; eSF - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial.

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado nos últimos anos sobre os malefícios relacionados ao cigarro, o seu uso continua prevalente ao redor do mundo. Embora em queda na maioria dos países desenvolvido, o consumo de tabaco nos últimos anos com poucas exceções (uma delas o Brasil), aumentou expressivamente nos países em desenvolvimento (GARRET; ROSE; HENNINGFIELD, 2001). Uma das principais causas do crescimento da epidemia mundial do tabagismo, especialmente no hemisfério Sul, foi o aumento expressivo do consumo de tabaco entre mulheres jovens (WHO, 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta - 1 bilhão e 700 mil pessoas - seja fumante, sendo 80% delas estão em países sem desenvolvimento. Cerca de 50% morrerão precocemente devido a condições associadas ao tabagismo, abreviando, em média, 15 anos de vida (WHO, 2009). O Brasil apresenta-se, felizmente, como uma exceção frente à tendência de expansão mundial da “Epidemia do Tabaco”. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), a prevalência de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil em 1989 era de 31,7% (INAN., 1990). Entre 2002 e 2003, a prevalência total de fumantes na população acima de 15 anos já havia caído para 19% (variando de 13% em Aracaju a 25% em Porto Alegre)(CAVALCANTE, 2005). Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2008, a prevalência total de fumantes na população maior de 15 anos chegou a 17,2% (21,6% entre os homens e 13,1% entre as mulheres). Em 2013, duas pesquisas nacionais – a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – com diferentes metodologias, encontraram a prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais de, respectivamente, 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) e 14,7% (18,9% do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino) (BRASIL, 2014). Todos esses dados evidenciam uma tendência de queda na prevalência de tabagistas na população brasileira nas últimas décadas. Essa redução no número de fumantes pode ser explicada como consequência de uma série de ações macro regulatórias, visando reduzir a atratividade do cigarro como: proibição de publicidade do tabaco, aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo e o desenvolvimento de programas de abordagem e tratamento, as quais serão abordadas adiante (BRASIL, 2014). Algumas variáveis se associam à prevalência de tabagismo, em especial o sexo, a raça/cor, o tipo de região, a escolaridade e a renda. A prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino, na raça/cor preta e na região rural. Em relação à escolaridade, as proporções de fumantes são mais expressivas entre aqueles com menor grau de instrução, reduzindo-se progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Além disso, a prevalência de fumantes encontrada também se apresenta

inversamente proporcional à renda (BRASIL, 2014). As diferentes modelos de tratamento variam de acordo com a base teórica e as técnicas utilizadas. As intervenções podem ser diferenciadas pela intensidade (frequência ou duração do tratamento), pelo setting que é utilizado (ambulatorial ou hospitalar), e pela forma em que é oferecida (individual, grupo, ou por meio de outro canal de comunicação como, por exemplo, Tratamento para tabagismo 136 o telefone) A maioria das intervenções psicossociais para dependência química compartilha de técnicas como a psico educação, reforço da auto eficácia, suporte e encorajamento da relação terapêutica. As intervenções podem ser caracterizadas como breves ou intensivas. As breves incluem material de autoajuda e aconselhamento face a face ou telefônico. As intervenções intensivas são geralmente oferecidas por profissionais especializados e têm formato individual ou em grupo (MAZONI et al., 2008).

4 Metodologia

As abordagens deste trabalho atingiram o universo de indivíduos tabagistas, que explicitaram durante consulta medica durante o ano e 2015 no ESF de Marcianopolis o desejo da interrupção do tabagismo, sendo esse o critério de inclusão, tais indivíduos foram encaminhados ao grupo de controle do tabagismo do NASF realizado nesta unidade, com um número de dez indivíduos através de quatro reuniões semanais seguidas de uma reunião mensal durante 3 meses. As reuniões semanais foram realizadas com equipe multidisciplinar, médico, psicóloga, nutricionista, enfermeira e ACS. O primeiro encontro mensal, foi de apresentação dos participantes relatando quando e como começaram a fumar, o que sentem e qual associação tem com o hábito de fumar, após essa etapa o médico explanou o tratamento proposto através dos fármacos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e a psicóloga explicou o acompanhamento que ocorreu semanalmente até completar um mês e após isso uma consulta mensal e em alguns casos específicos mais consultas de ajustes das doses e outras intercorrências decorrentes da abstinência, como ansiedade, insônia, crise de choro, nervosismo. As intervenções se fazem necessárias e são possíveis de serem realizadas pela forma como a equipe e o NASF encara o problema com responsabilidade e pro atividade em sua resolução. A equipe juntamente com o NASF agendam as consultas, divulgam através dos ACS e na própria ESF. O profissional médico é responsável por prescrever as medicações e realizar o acompanhamento clinico de acordo com a abordagem estabelecida pelo Ministério da Saúde, explicando os benefícios, incentivando para que a adesão seja completa e eficaz.

5 Resultados Esperados

Espera-se com a intervenção que vem sendo realizada na UBS Marcianopolis localizada no município de Santo Antônio do Sudoeste -PR que haja uma diminuição na prevalência de tabagistas. Estes resultados serão alcançados com a continuidade da educação em saúde, palestras sobre o tabagismo, e apoio do NASF, disponibilização dos medicamentos da oferecidos na rede pública de saúde. Espera-se também que com a educação em saúde haja uma maior conscientização por parte da população acerca da cessação do tabagismo e seus benefícios, melhorando a sua qualidade de vida.

Tabela 1 - Cronograma das ações do plano de intervenção na UBS Marcianopolis (Santo Antonio do Sudeste, 2015).

Para a realização deste trabalho foi necessário que houvesse a distribuição adequada dos fármacos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, da organização e deslocamento da equipe do NASF na Unidade Básica de Saúde, comprometimento dos agentes comunitários de saúde através de visitas domiciliares. Disponibilidade e organização nas consultas agendadas para todos os participantes no mesmo período do dia, afim de facilitar a adesão dos pacientes no tratamento, com a finalidade de realização das reuniões foi necessário uma infraestrutura física básica com sala de reuniões na UBS.

	Medico	Psicologa	Enfermeira	Agentes Co- munitarios de Saude
Levantamento do numero de tabagistas da area de abrangencia	Março a dezembro de 2015	Março a dezembro de 2015	Março a dezembro de 2015	Março a dezembro de 2015
Organização de palestras sobre tabagismo	Junho de 2015	Junho de 2015	Junho de 2015	
Formação do grupo de tabagismo	Julho de 2015	Julho de 2015		
Divulgação das palestras aos tabagistas da área de abrangência	Julho a setembro de 2015		Julho a setembro de 2015	Julho a setembro de 2015
Apresentação das palestras aos tabagistas	Agosto a outubro de 2015			
Distribuição dos medicamentos			Agosto de 2015	
Levantamento do número de individuos que cesaram o hábito de fumar	Dezembro de 2015	Dezembro de 2015	Dezembro de 2015	Dezembro de 2015

Referências

BRASIL, M. D. S. D. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary care assessment tool pcatool*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2010. Citado na página 13.

BRASIL, M. D. S. D. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2014.: Ministério da Saúde do Brasil, 2014. Citado na página 14.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no brasil:: Avanços e desafios. *Revista psiquiatria Clinica*, v. 32, n. 5, p. 283–300, 2005. Citado na página 14.

GARRET, B.; ROSE, C.; HENNINGFIELD, J. Tobacco addiction and pharmacological interventions. *Expert Opin Pharmacother*, v. 2, n. 10, p. 1545–1555, 2001. Citado na página 14.

INAN., I. N. D. A. E. N. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)*.: Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição — pnsn-1989. arquivo de dados da pesquisa.1989. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1990. Citado na página 14.

MAZONI, C. G. et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. *EStudos de Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 133–140, 2008. Citado na página 15.

PORTARIA 3.124. Redefine os parâmetros de vinculação dos núcleos de apoio à saúde da família (nasf) modalidades 1 e 2 às equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, cria a modalidade nasf 3, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2012. Citado na página 13.

PORTARIA N° 2.488. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (esf) e o programa de agentes comunitários de saúde (pacs). Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2011. Citado na página 13.

WHO, W. H. O. *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. Geneva: World Health Organization, 2009. Citado na página 14.