

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**TÍTULO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

**Professor-orientador: Fabio Franchi Quagliato.**

**Autor: Carlos Eduardo Labrada Ojea**

**MANAUS-AM**

**2018**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	5
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	11
4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	14
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20
7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Carlos Eduardo Labrada Ojea, tenho 34 anos, nasci na cidade de Granma, município Bayamo -Cuba. Minha formação acadêmica teve um começo no ano 2001 na faculdade Efraim Benites Popa da minha cidade, graduando-me de médico no ano 2007. Posteriormente comecei a fazer a especialidade de Médico Geral até o ano 2009, onde fiz a formatura e iniciei o trabalho no interior do município, fazendo atendimento médico a população rural durante dois anos. Em janeiro do ano 2011 foi selecionado para cumprir com uma missão internacionalista chamada Bairro Adentro na República Bolivariana de Venezuela por três anos. Foi depois de dois anos e 3 meses que me incorporei no Programa Mais Médicos para o Brasil, com o principal objetivo de ajudar ao povo brasileiro e levar saúde a lugares e população mais necessitada. O dia 23 de julho de 2016 cheguei ao município Apuí situado no interior do sul de Amazonas, distando da sua capital Manaus a 408 quilômetros aproximadamente, com uma população estimada segundo dados IBGE de 21.021 habitantes e trabalhando como médico geral na UBS Curumim, localizada no bairro Vila Rica da cidade.

A UBS está formada por duas equipes de Saúde da família integrado por dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas em enfermagem, uma dentista, uma técnica odontologista e doze agentes comunitários de saúde. O número de território da minha equipe é de 2254 habitantes, a maioria da população é de baixo nível sócio econômico, habitam os bairros Vila Rica, Vila Nova, Liberdade e Cachoerinha e alguns vicinais inscritos em nossa área de abrangência. Contemos como estruturas comunitárias uma creche, duas escolas, uma estadual e uma municipal, uma quadra poliesportiva coberta para praticar esportes, uma Igreja católica e duas evangélicas. A atividade fundamental da economia é a agricultura e a criação de gado, pelo que a maioria dos moradores trabalham nessas profissões, favorecendo assim a aparição de doenças infecciosas como Leishmaniose, Malária, Dengue, entre outras. Também a população não tem acesso a água potável nem a um sistema de esgoto, e a recolhida de lixo não é eficiente, favorecendo ainda mais as doenças infecciosas, dentro das mais comuns o parasitismo intestinal. Os hábitos alimentares são inadequados, a população gosta em sua dieta comer muita carne gordurosa, carboidratos e doces, e poucas frutas e vegetais, o que favorece a aparição de fatores de

risco como a obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Apresentamos atendimento frequente de doenças favorecidas por acidentes de trabalho, gerada por uso inadequado de meios de proteção e muitas vezes por irresponsabilidade dos trabalhadores.

O tema escolhido para o Projeto de Intervenção foi sobre o tabagismo, tendo como título “PREVENÇÃO DE TABAGISMO EM ADOLESCENTES. PSF: CURUMIM, MUNICIPIO APUI- AM1). Foi selecionado esse tema pelo alto índice de adolescentes que praticam esse mau hábito, fornecendo atividades educativas para aumentar o nível de conhecimentos dos adolescentes sobre o tabagismo, assim como suas contraindicações e consequências prejudiciais para a saúde.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

As situações mais prevalentes em minha área de saúde Curumim, município Apuí estado Amazonas, são as Doenças Crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial, Asma Bronquial e Diabetes Mellitus, todas geralmente associadas ao hábito do tabagismo desde idades precoce da vida como é a adolescência, tema selecionado para meu TCC referido na atividade 1 de introdução. Seguidamente apresentarei a evolução de um caso que aconteceu na minha área de saúde associado a uns dos casos complexos estudados até o momento.

Família moradora na Rua Rio Queixada No. 481 do Bairro Vila Rica da Área de saúde Curumim, formada por 6 pessoas. Composta por o Sr. ARDS de 65 anos de idade, hipertenso há 43 anos, com tratamento regular com Captopril 25 mg, 1 comp. 8/8 horas, AAS 100mg 1 comp. nas noites, fumante há 52 anos, obeso com dieta excessiva e hábitos alimentares inadequados, além disso não pratica exercícios físicos nenhum. A Sra. CARM casada com o Sr. ARDS, de 57 anos de idade, e com antecedentes de Asma Bronquial com tratamento com anti-histamínicos no período de entre crise, que foi fumante desde sua juventude (2 caixas de cigarro no dia) até o ano passado em que tive que abandonar o habito tóxico pelas condições desfavoráveis de saúde, porque as crises de asma e pressão alta tornavam-se mais frequentes. Além sofre de Hipertensão Arterial, diagnosticada há aproximadamente 7 anos com tratamento estável com Nifedipino 10 mg 1 comp. 8/8 horas e Clortalidona 25 mg, 1 comp. / dia. Sua filha mais velha ACRD de 34 anos, estuda contabilidade na universidade de Manaus e ainda não se casou, tem antecedentes de saúde. O filho menor JCRD de 22 anos, raça parda, com antecedentes de tabagismo desde os 12 anos de idade (2- 3 caixas no dia), além de ter uma vida sedentária e ser obeso, o mesmo se casou com a Sra. MCRT há dois anos, tem 21 anos, além de não sofrer doença alguma, forma parte do risco preconcepcional controlado com anticoncepcional (Noregyna), pois agora tem uma filha de 7 meses de idade, saudável, chamada ARR.

O paciente JCRD de 22 anos, tabagista, obeso e sedentário, chega a consulta apresentando dor de cabeça, tontura, náuseas e zumbido nos ouvidos em ocasiões.

Depois da triagem realizada pelo técnico de enfermagem, avaliamos os seguintes dados:

PA: 160/ 100 mmHg                      FC: 97 x' min.  
Peso: 98 Kg                                      IMC: 35  
Altura: 1.67 cm.                              Temp. 36.4 graus

Anamnese:

Abordei dados referidos como as características da dor de cabeça, sua localização, frequência, intensidade, alívio, outro sintoma acompanhante, sim, tinha fumado há pouco tempo, ou apresentava problemas com o sono, referendo que muitas vezes não conseguia dormir direito. Não apresentou dor no peito, não fadiga, sudorese ou outra manifestação clínica.

Exame Físico:

- Pele: Parda, não edema, não cicatrizes, sem presença de lesões patológicas
- Mucosas: úmidas e de boa coloração
- Cabeça:

Crânio: Normalmente configurado, não apresenta tumor visível, não fraturas.

Inspeção: fâcies sem aspectos sugestivos de hipertensão secundária.

-Pescoço: Sem deformidades aparentes, não tumores, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho conservados, palpação das artérias carótidas e jugular, com turgência normal, não se auscultam sopros.

Tórax: Simétrico, normalmente configurado, não deformidades, expansibilidade normal

Exame do precórdio e ausculta cardíaca: Não sinais sugestivos de hipertrofia miocárdica, não arritmia, não sopros nos focos mitral e aórtico. FC: 76 latidos por minutos.

Exame do pulmão: Não dispneia, vibrações vocais normais. Na ausculta, não tem estertores ronos e sibilos. FR: 18 resp./min.

Abdome: Não sinais de cicatrizes. Palpação superficial e profunda não dorida. Não hérnias, ausência de visceromegalias e/ou massas. Ruídos hidroaéreos presentes e normais. Rins não palpável, não sopros da artéria renal.

Extremidades: Pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos, palpáveis e normais; não edema em membros inferiores

Exame neurológico: Paciente consciente, orientado, sem sinais de doença neurológica.

-Hipóteses diagnóstica:

- Hipertensão Arterial (Estágio 2)

-Tabagismo

-Obesidade tipo II

- Conduta:

Após feito o diagnóstico clínico de Hipertensão Arterial Estágio 2 de acordo com critérios estabelecidos (Brasília, 2013), procedemos a baixar as cifras elevadas de pressão arterial, indicamos captopril (comprimido 25mg) 1 comprimido via oral e dipirona (solução injetável 500mg/ml) 1 ampola IM, além de oxigênio com máscara a 4 litros por minuto em posição em decúbito supino. Após 40 minutos avaliamos a PA, mostrando cifras de 120/80mmHg, além a dor de cabeça desapareceu. Quando os níveis pressóricos se enquadram no estágio 2, o tratamento medicamentoso pode ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente conforme (Brasília, 2013). Prescrevendo Atenolol (comprimidos 50mg) 1/2 comprimido/dia, (lembrando que de precisar pode-se tomar até 100mg no dia em um doce); e Hidroclorotiazida (comprimido 25mg) 1 comprimido/ dia. Além de isso solicito controle de PA no posto de saúde durante 7 dias no período de manhã e tarde, de ser possível no mesmo horário, com o mesmo pessoal e o mesmo esfigmomanômetro. Oriento a importância de começar a ter mudanças no estilo de vida, adotando atitudes mais saudáveis, com dieta baixa em sal, doces e carboidratos, eliminar alimentos fritos e gordurosos, não ingerir bebidas alcoólicas e aumentar a ingestão de frutas e vegetais.

Começar a praticar exercícios físicos aeróbicas pelo menos três frequências na semana também inclui uma adequada prática saudável. Se aconselha eliminar o tabagismo, explicando todas as consequências do vício sobre o organismo humano, e em específico sobre o sistema cardiovascular que empiora sua doença crônica que foi diagnosticada e tratada.

Procedemos a fazer exames laboratoriais que nos orientem a encontrar a possível causa da aparição da doença, para assim tratar de eliminar lá na medida das possibilidades de ser modificáveis. Neste sentido (Brasília, 2013) afirma solicitar Eletrocardiograma, Dosagem de glicose, Dosagem de colesterol total; Dosagem de colesterol HDL, Dosagem de triglicerídeos, Dosagem de creatinina; Fundoscopia.

Posteriormente foi agendada uma consulta para avaliar os resultados dos exames e fazer modificações no tratamento farmacológico se necessário.

-Segunda consulta: (após 7 dias)

O paciente JCRD de 22 anos, chega no posto de saúde para consulta agendada, o mesmo dá mostras de melhoras aparentes pois tem um rosto diferente com respeito a consulta anterior. Durante o interrogatório relata não ter mais dor da cabeça, não tontura, não náuseas, não zumbido nos ouvidos. Está-se alimentando bem, sem alterações do sono. Necessidades fisiológicas normais, sem outros sintomas. Depois de observar a triagem, se avaliaram os exames complementários feitos.

PA: 120/ 80 mmHg

FC: 79x' min.

Peso: 98 Kg

IMC: 35

Altura: 1.67 cm.

Temp. 36.2 graus

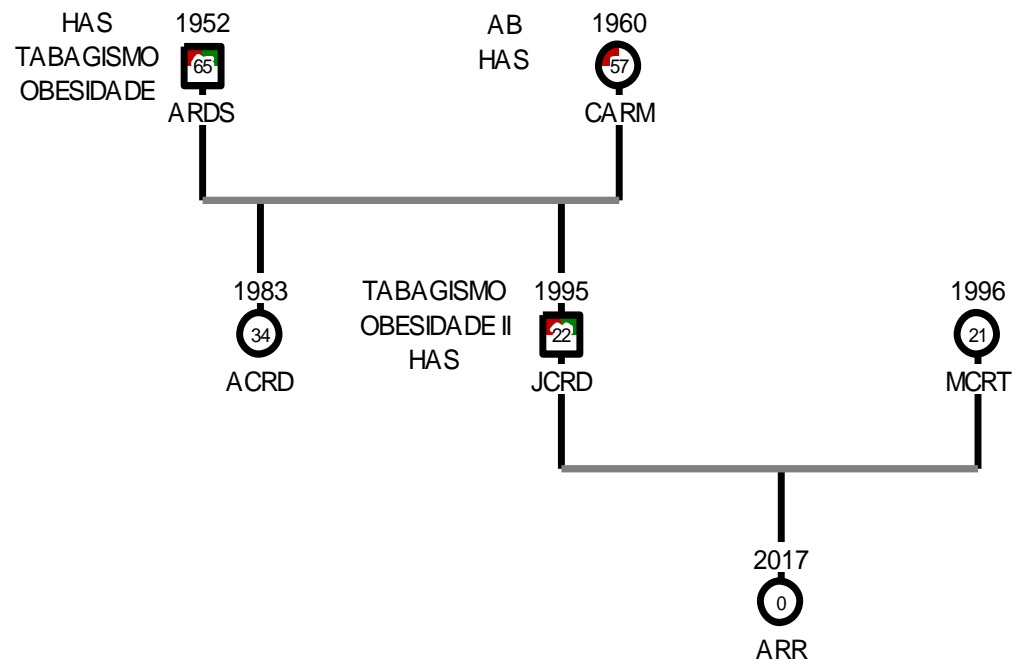
Conduta

Avaliei os resultados dos exames solicitados mostrando-se todos dentro dos parâmetros normais, além do acompanhamento de PA por 7 dias, todas as medidas com cifras entre 120-130 a sistólica e 70-90 a diastólica. Seguidamente fez encaminhamento para equipe multiprofissional, nutricionista para colocar um seguimento adequado de sua dieta e diminuir o peso; psicóloga e psiquiatra para




ajudar a eliminar o tabagismo, hábito que foi um fator de risco fundamental para desencadear a Hipertensão Arterial. Importância de tomar o tratamento medicamentoso para toda sua vida (Atenolol (comprimidos 50mg) 1 comprimido por dia e Hidroclorotiazida (comprimido 25mg) 1 comprimido nas manhas por dia), acompanhamento semestral pela equipe de saúde e continuar adotando práticas saudáveis.


## GENOGRAMA





**FONTE:** Elaborado pelo autor.

## Legenda de relacionamento de família

 3, 5, 6

 1 Hypertension / High Blood Pressure,  
Obesity

 2 Hypertension / High Blood Pressure

 4 Hypertension / High Blood Pressure,  
Obesity

### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na unidade básica onde atuo trabalhamos em conjunto toda a equipe de saúde da família fazendo com que a população atendida tenha ampla facilidade para cobrir suas necessidades, podendo possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde. Programas como puericultura, pré-natal e saúde mental são oferecidos de maneira integral.

#### Puericultura

A atenção as crianças têm seu início desde a etapa pré-natal, orientando as futuras mães sobre técnica correta de amamentação, cuidados gerais do recém-nascido e retorno ao serviço após o parto para avaliação do RN e teste do pezinho.

Na primeira semana de vida fazemos visita domiciliar conjunta para identificar situações de vulnerabilidade e fortalecer o vínculo familiar com a UBS. Uma vez feito o agendamento das consultas de puericulturas, são atendidas as crianças com a periodicidade preconizada pelo Ministério da saúde, adotando práticas de promoção de saúde como: Promoção do aleitamento materno exclusivo até o seito mês de vida e da alimentação complementar saudável até dois anos, garantimos o acesso as vacinas e explicamos sua importância, prevenção das principais doenças que mais atacam nessa idade, como a diarreia, as infecções respiratórias e urinarias, prevenção de acidentes no domicilio, nutrição adequada para prevenir anemia, assim como uso de vitaminas de ferro. Importância de fazer o acompanhamento na data previamente agendada e atenção especializada para os faltosos. Atenção conjunta com a equipe odontológica para atenção bucal.

#### Pré-natal

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Além de ser considerada um evento fisiológico na vida das mulheres, é uma etapa de grandes mudanças que precisarão de um adequado acompanhamento por parte da equipe de saúde da família.

Em nossa UBS o início de pré-natal é feito pela enfermeira, nesse momento se orienta a gestante e familiares todo ao acompanhamento pré-natal, tendo a possibilidade de conhecer todo o plano de ação, tirar dúvidas e trocar opiniões, é preenchida o cartão da gestante e realizado os agendamentos.

Orientamos sobre a importância do pré-natal, cuidados de higiene, realização de atividades físicas, nutrição (promoção de alimentação saudável), desenvolvimento na gestação, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referente á gestação e ao parto, atividade sexual incluindo prevenção das DST/ Aids, e aconselhamento para o teste anti- HIV, orientação sobre sintomas comuns na gravidez e as queixas mais frequentes, sinais de alerta, preparo para o parto, puerpério, cuidados do Recém- nascido( triagem neonatal, vacinas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança ) e aleitamento materno como processo fisiológico oferecendo apoio familiar e social. Benefícios legais a que a mulher tem direito na maternidade (lei de acompanhante). (Brasília, 2012)

Se solicitam exames preconizados pelo Ministério da Saúde, além das vacinas e vitaminas, sobre as atividades físicas que deve realizar na grávidas. Na primeira consulta com o médico se faz uma avaliação global da paciente, se faz preventivo e exame clínico das mamas, se solicitam exames complementares, testes rápidos, de acordo com a idade gestacional se realizam outras condutas como ultrassonografia obstétrica, acompanhamento com a nutricionista, odontologista e psicologista sim necessitar. Incorporamos a grávida ao grupo de gestantes de nosso posto de saúde, essa atividade educativa realizada mensalmente possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre os profissionais e gestantes.

De acordo (Brasília, 2012) a criação de espaços em saúde sobre o Pré-natal é de suma importância. É imprescindível que as gestantes e seus acompanhantes- sejam eles os (as) companheiros (as) - tenham contato com atividades de educação, pois muitas vezes este é o espaço onde se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas normais, dentro dos consultórios dos médicos, enfermeiros e dentistas.

Temos apresentado mudanças em nosso atuar com a pratica dessas atividades em espaços formais e não formais, agendando visitas a salas de parto do Hospital,

com a finalidade que a gestante possa ter mais confiança no momento do parto. Realizamos como outra ação de promoção de saúde visita domiciliar conjunta.

### Saúde mental

As práticas de saúde mental na atenção básica devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, é um trabalho de todos reconhecer sinais de alerta sobre esses transtornos. Quando cheguei a minha UBS tinha muitos pacientes com uso de medicamentos controlados, em doses altas e a maioria com mais de 10 anos de evolução, só procuravam atendimento médico para renovação de receitas, e nosso maior problema era que não contávamos com um especialista em Psiquiatria que avaliara esses pacientes. Já nossa preocupação é menor, pois há aproximadamente 7 meses temos um Psiquiatra como integrante do NAFT de nosso município que a avaliado a todos os pacientes que faziam uso de medicação, diminuindo as doses e trocando por outros medicamentos, agora nossos pacientes tem um seguimento adequado das doenças psiquiátricas. Em nossa área de abrangência temos identificado algumas famílias que sofrem conflitos familiares, que lidam com doenças como ansiedade, depressão, esquizofrenia; eu na atenção primaria ao ter o primeiro contato com o paciente depois de fazer o diagnóstico identificamos que recursos são necessário para cada caso em particular, já que algumas condições não requerem o uso de medicamentos e são tratados apenas por meios psicológicos e terapêuticos.

#### 4. VISITA DOMICILIAR

A assistência oferecida por meio da visita domiciliar (VD) constitui uma ferramenta de atenção à saúde conforme (Brasília, 2012) “potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade, - universalidade-equidade) assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito de seu processo de saúde-doença”. Além proporciona a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família, fortalecer os vínculos com a equipe da Unidade Básica de Saúde, atuando na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

Primeiramente é importante ter um conhecimento integral do número de pessoas no território da equipe, distribuindo por grupos etários a população mais vulneráveis e necessitadas, compreendendo pacientes com doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, acamados, deficientes, além de outros com fatores de risco bio-psico sociais. Baseado neste princípio começamos aprofundando o conhecimento sobre as características do domicílio a ser visitado, observando suas características ambientais e identificando inicialmente as condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos envolvidos, além de identificar fatores de riscos individuais e familiares, conduzindo desta forma a prestar uma assistência adequada e voltada para suas reais necessidades. Desta forma auxiliamos na prevenção, promoção e controle de doenças, estimulando a adesão ao tratamento a partir do estímulo para fazer mudanças de estilo de vida dos usuários.

Na Unidade de Saúde da Família Curumim a organização da VD é sistematizada, através do planejamento, execução e avaliação conjunta dos profissionais, segundo (Brasília, 1997) “ O processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida”.

Foi realizado em conjunto com a coordenadora da atenção básica o cronograma de atendimento do médico e enfermeira, sendo a VD uma das atividades programadas as quartas feiras no período da tarde. Quando comecei a trabalhar na atenção básica o planejamento era feito de maneira aleatória, muitas vezes os cuidadores ou familiares dos acamados ou pacientes necessitados de assistência

medica domiciliar eram os que solicitavam o serviço, em outras ocasiões ao chegar no domicilio contatávamos que realmente a visita nem sempre tinham prioridade comparada com outros pacientes necessitados. Assim as reuniões da equipe tem sido um espaço fundamental para o intercâmbio de ideias, as agentes comunitárias de saúde levam a proposta das visitas semanais e em conjunto se estabelece as prioritárias, desta forma logramos ter um controle adequado e periódico.

Na minha área de atuação a zona rural ocupa uma grande parte dos usuários, e frequentemente por problemas de deslocamento até a UBS não conseguem chegar para serem atendidos, pacientes com úlceras crônicas, pós operatórios mediatos e imediatos, por citar alguns exemplos são causas de necessidade de visita domiciliar nessa região e que por falta muitas vezes de transportação não se consegue chegar para brindar assistência medica, considerando-se um fator que influi negativamente no cumprimento do agendamento e periodicidade da mesma. Outro aspecto negativo é a falta de profissionais especializados nas áreas de Pediatria, Obstetrícia, Ortopedia que não possui o município, assim quando precisamos avaliar algum paciente nessas especialidades temos que encaminhar para a capital, atentando na pronta recuperação do paciente e favorecendo as sequelas de doenças que poderiam ser curadas precocemente. Por outra parte a implantação do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) favorece a usuários que precisam de fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, psiquiatra e assistente social. Nessas ocorrências inicialmente discutimos os casos em conjunto os integrantes da equipe responsáveis e encaminhamos para o NASF, quem proporciona intervenções diretas frente a usuários e famílias. (Brasília, 2010)

Nossas visitas são realizadas juntamente a auxiliar de enfermagem, os ACS, e muitas vezes a enfermeira; realizando as orientações pertinentes em quanto a prevenção de fatores de risco modificáveis, como no caso do tabagismo e sua relação com o risco cardiovascular em pacientes obesos, sedentários, em adolescentes grávidas, conhecendo além que fumar durante a gravidez traz sérios riscos para a saúde da mulher e do feto, como poderiam ser , abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês com baixo peso ao nascer , mortes fetais e de recém-nascidos, complicações com a placenta e sangramento, entre outros. (Brasil, 2015). Aproveitamos o espaço para abordar medidas de prevenção higiênicas –dietéticas, entre outras; a terapêutica a ser instituída e agendamento para a próxima visita.

Os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos e sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões, reforçamos os conhecimentos em quanto aos procedimentos a adotar ante agravos, além brindamos apoio psicológico para eles que muitas vezes a sobrecarga emocional traz depressão e ansiedade. (Brasília, 2012). No caso que precisarem de algum tipo de curativo, ou procedimentos menores são feitos no domicílio, aferimos além a Pressão Arterial, glicemia capilar, tratamento injetável e vacinas.

Conhecemos que são grandes os desafios a enfrentar diariamente por todos os profissionais envolvidos na atenção básica durante o desenvolvimento do seu trabalho, especialmente relacionados à visita domiciliar, enfrentamos dissimiles dificuldades que muitas vezes são inerentes a nós e que muitas pessoas não conhecem e questionam, mais de um modo geral, as visitas são gratificantes quando se percebe que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida dos usuários. Outros problemas sociais identificados muitas vezes não se conseguem solucionar, precisando de sensibilidade de gestores ante as necessidades e um maior desenvolvimento de ações intersetoriais que permitam um melhor êxito das ações em saúde.



## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O Curso de Especialização foi uma experiência muito gratificante para mim e acredito que para todos os profissionais envolvidos na Atenção Básica, promovendo a necessidade de entender os princípios de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) determinadas no primeiro nível de atenção. (Brasília, 1997).

Ressaltando assim que de acordo (Brasil, 2012) “ A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais ”

Primeiramente no Eixo 1 tive- no Campo de Saúde Coletiva, em suas três unidades, tive a oportunidade de aprender sobre a Organização da atenção à saúde no Brasil. OUVÉRY, AM., and. NORONHA, JC (2013) afirmam que “no Brasil, a Constituição de 1988 definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade”. Aprofundei sobre Instrumentos para organização e gestão de cuidado da APS, todo o processo de organização da RAS, a mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos entre outros.

Enfatizei em seus objetivos de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com fornecimento de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. (PORTARIA Nº 4.279, 2010)

“Vale dizer que os cidadãos têm o direito de serem cuidados numa perspectiva que os inclua em suas relações, tanto intra quanto extra familiares, sendo considerados no seu ambiente, envolvendo sua comunidade, sua nação e, mesmo, o seu planeta”. (Brasil, 2012).

Além de desenvolver um projeto de intervenção com o propósito de aumentar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre o tabagismo, prática com um alto índice em nossa área. Neste sentido Fisher, GB (2011) afirma que “ o tratamento de tabagismo em adolescentes atinge resultados ainda limitados, considerando a abstenção a longo prazo. ”

No Eixo 2 com a discussão e análise dos casos complexos me possibilitou uma maior aproximação ao exercício da prática profissional, a troca de experiências entre

os médicos atuantes no curso em outras localidades foi ótimo. Aprofundei meus conhecimentos sobre o diagnóstico, prevenção e tratamento das principais doenças infecciosas, sobre todo em grupos populacionais de riscos como gestantes, crianças e idosos, alguma delas endêmicas em nossa região amazônica e desconhecidas em nosso país, como a Leishmaniose, Malária além de outras que são tratadas por especialistas da atenção secundária e não por médicos de atenção básica, como Hanseníase, Tuberculose pulmonar, Toxoplasmose.

A atenção pré-natal de risco foi uns dos casos discutidos pelos profissionais, avaliei a importância de um adequado planejamento familiar pode diminuir a incidência de uma gestação concomitante com HIV, Doença Hipertensiva na gravidez. Conhecendo que segundo (Brasília, 2006) “A pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais”. Para praticar as atividades do controle pré-natal, é necessário no começo identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Se faz imprescindível que a avaliação do risco seja constante, analisado em toda consulta. Em consultas de Puericulturas, logrei que a crianças cadastradas da minha equipe assistiram as consultas previamente agendadas para assim detectar precocemente alterações do desenvolvimento, doenças preveníveis como parasitoses, anemia ferropriva na infância; impetigo, entre outras. Além reforcei as medidas para prevenir algumas doenças infecciosas (infecções urinárias, respiratórias, diarreias), refletimos sobre a importância de cumprir com o esquema vacinal, prevenir acidentes, entre outras.

Outro objetivo alcançado foi o aumentar as atividades educativas em parceria com a Secretaria de educação, em programas saúde na escola, se alcançou abranger a maioria dos adolescentes, incorporando-os a realizar praticas saudáveis, explicando os efeitos adversos e complicações do tabagismo como problema identificado com anterioridade. Destacando de acordo (AJ de Araújo - 2010) se faz necessário a implementação de ações de promoção e prevenção de saúde nessa faixa etária mediante a adoção de políticas. Um aspecto importante logrado foi estabelecer a periodicidade dos pacientes hipertensos e familiares aos grupos de Hiperdia, segundo o cronograma de seguimento das doenças crônicas não transmissíveis, conseguindo um controle estável e adesão ao tratamento que anteriormente não se lograva. Devem

ser avaliados diferentes fatores de risco para o tratamento da Hipertensão Arterial, dentre deles estão os modificáveis que incluem a raça, idade, genética, e outros não modificáveis que podem sofrer mudanças trabalhando em conjunto com o hipertenso e a família, compreendendo o consumo de sal, alimentos com alto grau de gorduras, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo. (AJ de Araújo, 2010)

Refletindo toda minha trajetória no curso de especialização posso dizer que tive um excelente aproveitamento, pois através dos estudos consegui aperfeiçoar ainda mais minhas habilidades, assentei na prática todos esses conhecimentos, logrando promover saúde e estabelecer um diagnóstico certo nas diferentes situações de saúde na população atendida.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica Brasília. Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 37.

BRASIL. Hipertensão sistólica isolada em idosos Diuréticos (preferencialmente) ou bloqueadores dos canais de cálcio. Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012). 3.3.1 Cadernos de Atenção Básica. Brasília: 2012. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/.../hipertensao-arterial.../16>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestão de Alto Risco. Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar, Volume 1. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. diretrizes\_do\_nasf\_nucleo.pdf. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Tiragem: 1ª edição – 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. CADERNOS DE. ATENÇÃO BÁSICA. DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Um período e um processo. Disponível em: <https://ead.inca.gov.br/course/view.php?id=114> . Acesso em: 23 mar. 2015.

## **7. ANEXO 1- PROJETO INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
– UFCSPA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO BÁSICA**

**CARLOS EDUARDO LABRADA OJEA**

**PREVENÇÃO DE TABAGISMO EM ADOLESCENTES. PSF: CURUMIM,  
MUNICÍPIO APUI- AM.**

**Manaus - AM**

**2017**

## SUMÁRIO

1.	Introdução.....	25
2.	Objetivos.....	28
3.	Revisão da Literatura.....	29
4.	Metodologia.....	30
5.	Resultado Esperado.....	33
6.	Cronograma.....	34
7.	Recursos necessários.....	35
8.	Referências Bibliográficas. ....	36
9.	Anexos.....	38

## RESUMO

Este projeto tem como objetivo planejar estratégia de intervenção educacional para aumentar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre os danos do tabagismo, evitando desta forma a pratica do habito toxico e posterior adoecimento desses jovens por doenças causadas a corto, mediano e longo prazo. A fim de alcançar estes objetivos nas unidades básicas de saúde será aplicado um programa de intervenção educativa sobre o tabagismo nos adolescentes para elevar o nível de conhecimento e assim lograr uma maior prevenção, realização de Palestras educativas abordando temas como sustâncias toxicas que contém o tabaco, fatores de risco para a saúde dos fumadores, doenças que afetam mais frequentemente aos pacientes com habito de fumar, o câncer de pulmão e as doenças cerebrovasculares como as principal causa de morte em pacientes fumadores, e alguns conselhos aos adolescentes para deixar ou diminuir o hábito de fumar; são as propostas de abordagem. Espera-se que com esse Projeto de Intervenção uma participação maioritária dos adolescentes e uma resposta positiva às ações educativas desenvolvidas para cumprir com o objetivo principal do trabalho.



## 1. INTRODUÇÃO

O tabaco é uma planta nativa dos Andes, amplamente utilizado através das Américas mesmo antes que Cristóvão Colombo a descobrisse em 1492. Os cigarros manufaturados passaram a ser comercializados na Inglaterra, em meados do século dezanove, expandindo-se consideravelmente durante e após a Primeira Guerra Mundial. Depois da Segunda Guerra Mundial tornou-se bastante comum, principalmente entre homens. Na primeira metade do século 20, a venda de produtos do tabaco cresceu aproximadamente 60%. No começo deste século, apenas 2% das vendas era de cigarros e no final do século 20 estes já ocupavam mais de 80% do mercado de produtos do tabaco<sup>1</sup> (FIGUEIREDO, 2007).

Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco, sendo a principal causa prevê nível de morte<sup>23</sup>. (MIRRA, MEIRELLE, GODOY, 2010; TANNI, IRITSU, TANI, 2010)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de cinco milhões de mortes ao ano no mundo são decorrentes do tabagismo e espera-se que esse número seja de aproximadamente oito milhões no ano 2030, tornando o tabagismo a principal causa de morte prematura, sendo que 80% delas ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano. 4.5 (BARROS, CASEAES, WEHRMEISTER, 2011; SILVA, MARTINS, MONTEIRO, 2014).

Dados no Instituto Nacional de Câncer (INCA) salientam que 90% dos fumantes adquiriram esse hábito na adolescência, com grandes possibilidades de terem sido atraídos pelo marketing da indústria. O início do consumo de tabaco nessa fase da vida tem relação com o aumento da gravidade da dependência e problemas a ela associados, assim, como muitas complicações de saúde ao longo prazo, além disso, também afeta a parte social e econômica <sup>6.7</sup>. (VITÓRIA, SILVA, VRIES, 2011; PANAINO, 2012)

Estudo realizado em uma universidade privada peruana, envolvendo jovens do curso de farmácia e tendo como objetivo determinar os conhecimentos e as práticas sobre o uso do tabaco identificou a prevalência de 93,7% dos homens e 77,6% das mulheres. A idade de início do consumo ocorreu aos 16 anos, estando

associada presença de ao menos um dos pais fumantes e a exposição do fumo dentro de casa<sup>7</sup>.

Nunes (2004) em estudo realizado em Portugal com alunos matriculados no ensino básico em 2002/2003 foram encontrados 46,2% de alunos fumantes, com idade de experimentação de 11,79 anos<sup>7</sup>. (PANAINO, 2012)

Em pesquisa realizada na Universidade de Brasília, foi constatado que os tabagistas começaram a fumar entre os 10 e 14 anos de idade<sup>7</sup>. (PANAINO, 2012)

Em um estudo realizado por Eckerdt e Webster (2010) em Florianópolis (SC) os jovens referiam ter iniciado o uso de tabaco com media da idade de início aos 17 anos<sup>7</sup>. (PANAINO, 2012)

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2002-2003) avaliou a situação atual do tabagismo em 16 capitais brasileiras: Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, João Pessoa, Natal, Fortaleza, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória e Distrito Federal mostraram que a maior prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre (25,2%), seguida de Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%), e São Paulo (19,9%). Observou-se que as cidades mais urbanizadas apresentaram as maiores taxas de prevalência do tabagismo<sup>8</sup>. (OLIVEIRA, 2009)

O tabagismo pode produzir importantes alterações de saúde na adolescência. Muitos esforços têm sido feitos para o tratamento do fumante nessa etapa da vida, mas cada vez mais sem ter consciência de que só as medidas de carácter preventivo podem atingir as causas do problema<sup>9</sup>. (ABRAÃO, 2006)

A área escrita da unidade básica de saúde Curumim no município de Apuí AM onde atuo tem 2259 habitantes dos quais 389 são adolescentes, representando um 17,22 % do total da população, mais da metade desses adolescentes praticam ou já experimentaram alguma vez o hábito de fumar.

Assim, o presente projeto tem como objetivo determinar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre os danos á saúde produzidos pelo tabagismo e as causas que levam a esse hábito para dessa maneira, avaliar quais são as ações que a equipe de saúde pode realizar no sentido de aumentar a conscientização desses jovens sobre os riscos do hábito de fumar.

Conhecendo que o tabagismo é a causa mais comum de morte evitável e que o fumo é fator de risco para as quatro principais causas de morte em todo o mundo. Além disso, é fator de risco independente para doença arterial coronariana. A

presença do fumo associado a outros fatores de risco aumenta em oito vezes os riscos coronarianos<sup>10</sup> (ALMEIDA, MUSSI, 2006).

Justifica-se o projeto, pois a observação sobre o aumento da prevalência do tabagismo entre jovens, o desconhecimento dos efeitos deletérios do hábito de fumar e o entendimento de que o tabagismo deve ser prevenido e controlado nas faixas etárias mais jovens.

Com esses elementos acima mencionados, pretende-se contribuir para a reflexão e proposição de estratégias para prevenir o tabagismo entre os adolescentes da comunidade. Entendemos que como profissionais de saúde nosso papel de educadores assume vital importância frente à solução desse problema e as ações de prevenção para o uso do tabaco na área de saúde tem um papel importante na formação das crianças e adolescentes, sensibilizando-os para o desenvolvimento de uma consciência crítica, que favorece a adoção de hábitos e atitudes saudáveis.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Planejar estratégia de intervenção educacional para aumentar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre os danos do tabagismo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir o grau de conhecimento sobre os riscos do tabagismo e adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, antes da intervenção educacional.
- Aplicar programa de intervenção educativa sobre o tabagismo nos adolescentes para elevar o coeficiente de conhecimento e assim lograr uma maior prevenção.
- Avaliar a mudança de conhecimento sobre o tema nos adolescentes estudados produto da intervenção.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que o tabagismo foi responsável por mais de 100 milhões de óbitos no século XX, e a estimativa para o século XXI é que ultrapassara um bilhão de mortes em todo o mundo.<sup>3</sup> (J Bras Pneumol. 2010) É considerado uma epidemia mundial, sendo um grave problema de saúde pública (5). (Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014)

De acordo com a OMS, um terço da população mundial adulta é fumante. A dependência à nicotina associa-se a altas taxas de mortalidade, malefícios à saúde e seu controle é considerado um desafio à saúde pública. Um aspecto importante relacionado ao tabagismo é que seu início ocorre predominantemente na adolescência. (8) (OLIVEIRA, 2009).

Há evidências suficientes de que fumar está associado ao risco aumentado de mortes prematuras e limitações físicas por câncer, doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema, infecções respiratórias agudas e pneumonia, baixa densidade óssea e fraturas de quadril em mulheres e úlcera péptica. Entre os tipos de câncer associados ao consumo de tabaco relaciona-se o de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mielóide. Estima-se que 77% das mortes por câncer de pulmão, 54% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 24% das mortes por doenças cardiovasculares e 22% das mortes por todos os agravos não violentos entre homens de 30 a 69 anos são atribuíveis ao tabagismo. (1) (FIGUEIREDO, 2007).

As principais razões para explicar a elevada prevalência de mortes em fumantes decorrem das doenças relacionadas ao tabaco serem crônicas, do seu baixo preço em muitos países, e dificuldades para deixar de fumar, pois a maioria são dependentes da nicotina, além de aspectos socioeconômicos e culturais associados. (5). (Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014)

## **4. METODOLOGIA**

O atual estudo é uma proposta de intervenção educativa para a prevenção e informação do tabagismo nos adolescentes, o mesmo efetivar-se na Unidade Básica de Saúde (UBS) Curumim do município de Apuí – Amazonas.

### **4.1. Sujeito de Intervenção:**

O universo da pesquisa será composto por todos os adolescentes que tenham idade envolvida entre 10 e 19 anos cadastrados na Unidade Básica e que desejam participar no estúdio, cumprindo os critérios de inclusão para o mesmo.

#### **Critérios de inclusão:**

- Adolescentes entre 10 e 19 anos de idade.
- Fumadores e não fumadores.
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Não apresentarem algum déficit mental ou física que impossibilite a participação no estudo.
- Adolescentes que residem permanentemente na área da abrangência da UBS.

#### **Critérios de exclusão:**

- Pacientes que não tenham a idade compreendida de 10-19 anos.
- Pacientes que discordam e não assinarem o consentimento informado para participar do estudo.
- Adolescentes fora da área de abrangência da equipe de saúde da família.

### **4.2. Cenário da intervenção**

O presente projeto será desenvolvido em Apuí, estado Amazonas. Se situa a 867 km ao sul da capital do estado, tem uma população de 21,031 habitantes no último

censo ano 2016 pelo IBGE. Quanto à economia, é baseada principalmente na agricultura e ganadeira. Quanto à escolaridade, temos cerca de 1,18% de pessoas analfabetas.

Em relação ao sistema de saúde, o município possui 4 UBS, sendo uma delas a USF Curumim, possui uma equipe responsável pela população de uma área, com 637 famílias cadastradas, em um total de aproximadamente 2273 pacientes.

### **4.3. Estratégias e Ações**

Todos os adolescentes selecionados para o estudo deverão certificar por escrito a participação no estudo. Se convocaram a uma reunião para informar o objetivo do trabalho e o desenvolvimento das atividades próximas a realizar, além da importância em linguagem compreensível garantindo assim o anonimato dos resultados.

O desenvolvimento do estudo se baseia em três fases fundamentais:

#### **Etapa 1. Diagnóstico**

Nesta etapa será efetivada a primeira avaliação com a utilização de questionário sobre os conhecimentos que apresentam os adolescentes sobre o tabagismo. O resultado será analisado de acordo com a pontuação alcançada:

- Alto grau de conhecimento: Quando você começa uma contagem de 10-15 pontos.
- Grau de conhecimento regular: Quando você começa uma contagem de 5-9 pontos.
- Baixo grau de conhecimento: quando você obtém uma classificação de 4 ou menos pontos.

#### **Etapa 2. Desenvolvimento**

Palestras educativas com duração de 45 minutos serão efetivadas quinzenalmente por um período de dois meses com os seguintes temas:

Tema 1: Sustâncias tóxicas que contém o tabaco.

Tema 2: Fatores de risco para a saúde dos fumadores.

Tema 3: Doenças que afetam mais frequentemente aos pacientes com hábito de fumar.

Tema 4: O câncer de pulmão e as doenças cerebrovasculares como as principais causas de morte em pacientes fumadores.

Tema 5: Conselhos aos adolescentes para deixar ou diminuir o hábito de fumar.

### **Etapa 3. Avaliação**

Depois de efetuar as palestras, será aplicado novamente o questionário, avaliando a evolução do conhecimento adquirido.

#### **3.4. Avaliação e Monitoramento**

Os resultados do estudo serão informados em números e porcentagens totais, estabelecendo comparações entre os resultados obtidos das respostas iniciais e após da intervenção, apresentados em tabelas, utilizando o programa Excel.



## **5. RESULTADOS ESPERADOS**

Pretende-se com o desenvolvimento do projeto de intervenção educacional, melhorar os conhecimentos dos adolescentes sobre os agravos que o tabagismo causa para a saúde, aumentando assim a responsabilidade dos participantes e motivando as mudanças de modos e estilos de vida com a finalidade de melhorar os fatores de risco.



## **7. RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Sala para realização de palestras.
- Profissionais: Médico, Enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS.
- Projetor multimídia.
- Folhas.
- Canetas.
- Computador.
- Impressora.
- Materiais instrutivos.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueiredo V. Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e distrito federal: tendências e heterogenicidades [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Instituto de medicina social; 2007.

2. Mirra AP, Meirelle RH, Godoy I, et al. Tabagismo: parte I. Rev. Assoc Med Bras. 2010 [citado em 30 Jan. 2015]; 56 (2): 134 – 37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200005&lng=en&nrm=iso).

3. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, et al. Avaliação do conhecimento sobre tabagismo em pacientes internados. J Bras Pneumol. 2010 [citado em 30 Jan. 2015]; 36(2): 219 – 20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132010000200010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000200010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000200010>.

4. Barros JD, Caseaes A, Wehrmeister FC, et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. Rev. ciênc saúde coletiva. 2011[citado em 31 Jan. 2015]; 16 (9): 3708 – 11. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000008>

5. Silva LG, Martins MG, Monteiro E, et al. Política de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrada. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2014 [citado em 30 Jan. 2015]; 19 (2): 500 – 01. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200499&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200499&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.13482012>

6. Vitória P, Silva SA, Vries H. avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescente. Rev Saúde Pública. 2011 [citado em 31 Jan. 2015]; 45 (2): 344 – 45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

89102011000200013&lng=en&nrm=iso<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000200013>

**7.** Panaino EF. Representações cotidianas sobre o início do uso de cigarro em diferentes grupos sociais [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.

**8.** Oliveira CM. Fatores motivacionais relacionados ao início do tabagismo em estudantes de Ribeirão Preto/SP [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo departamento de psicologia e educação programa de pós-graduação em psicologia; 2009.

**9.** Abraão R. diagnóstico das causas que levam o adolescente precoce ao tabagismo. Rev. Lusófona de educação. 2006 [citado em 30 Jan. 2015]; (8): 200 – 01. Disponível em: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-72502006000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502006000200015&lng=pt&nrm=iso).

**10.** Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: conhecimento, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. Rev Esc Enferm USP. 2006 [citado em 31 Jan. 2015]; 40 (4): 557 – 58. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342006000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000400002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400002>

## 9. OUTROS ANEXOS

### Anexo 2

**Questionário sobre os conhecimentos que apresentam os adolescentes sobre o tabagismo.**

**1. Fumar cigarros é prejudicial para a saúde?**

- Com certeza não.
- provavelmente não.
- provavelmente sim.
- com certeza sim.

**2. Nicotina é uma substância que causa dependência?**

- Verdadeiro.
- falso.

**3. Cigarros fazem você...**

- ganhar peso.
- perder peso.
- nenhuma diferença.

**4. O tabagismo passivo é prejudicial para a saúde das pessoas?**

- Sim.
- Não.

**5. Fumar cigarros pode levar ao câncer de pulmão?**

- Sim.
- Não.

**6. O tabagismo pode provocar outros tipos de câncer em seu organismo além do câncer de pulmão?**

- Com certeza não.
- Provavelmente não.
- Provavelmente sim.
- Com certeza sim.

**7. O tabagismo prejudica seu coração?**

- Sim.
- Não.

**8. Conhece que o tabagismo pode levar à aparição de doenças psiquiátricas?**

- Sim.
- Não.

**9. Deixar de fumar pode realmente prolongar a vida do fumador?**

- Sim.
- Não.

**10. Deixar o tabaco tem benefícios que se pode notar imediatamente?**

- Sim.
- Não.

**11. Tem conhecimento das diferentes substâncias tóxicas que contém o fumo do tabaco?**

- Sim.
- Não.

**12. O hábito de fumar aumenta a pressão arterial?**

- Com certeza não
- Provavelmente não.

Provavelmente sim.

Com certeza sim.

**13. O tabagismo aumenta o risco de doenças cérebro vasculares?**

Sim.

Não.

**14. Conhece sim existe alguma consulta especializada para tratar as pessoas com dependência ao tabagismo?**

Sim.

Não.

**15. Repercute o tabagismo negativamente na sociedade?**

Com certeza não.

Provavelmente não.

Provavelmente sim.

Com certeza sim.



### Anexo 3

**Tabela 1. Avaliação de conhecimento adquirido.**

	Antes de Realizar a Intervenção educativa		Depois de realizar a intervenção educativa.	
	No.	%	No.	%
Alto grau de conhecimento.				
Grau de conhecimento regular.				
Baixo grau de conhecimento.				

**Fonte:** Encosta.