



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

EVERTON OLIVEIRA MELO

TERAPIA ANTITABAGISTA DESENVOLVIDA POR EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO PADROEIRA NO MUNICÍPIO DE OSASCO-SP

SÃO PAULO
2020

EVERTON OLIVEIRA MELO

TERAPIA ANTITABAGISTA DESENVOLVIDA POR EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO PADROEIRA NO MUNICÍPIO DE OSASCO-SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA

SÃO PAULO
2020

Resumo

Este trabalho tem o objetivo de ampliar o acesso ao programa antitabagismo dos usuários da unidade Básica de saúde Getúlio Jose Dias, localizado no bairro Padroeira (UBS PADROEIRA) município de Osasco no estado de São Paulo. Foi pensado baseado no Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), incentivado pela quantidade elevada de pacientes e funcionários tabagistas, assim como das dificuldades e complicações trazidas pelo uso direto ou indireto do cigarro. A abordagem antitabágica consiste em terapia longitudinal dividida em duas etapas: (I) assistência a grupo de pacientes com abordagem interdisciplinar ao longo de quatro sessões distribuídas semanalmente que inclui tratamento psicoterápico e recursos farmacológicos; seguida de (II) duas sessões quinzenais de terapia de manutenção, caracterizadas por atenção individualizada e desmame farmacológico, complementadas por um seguimento mensal de até um ano. Esse trabalho trás saída aos dois principais problemas enfrentado pelos munícipes dessa unidade que se encontram na primeira etapa. São eles: A formação e manutenção dos grupos, e a terapêutica antitabagista na farmácia da unidade de saúde, e não como é realizada hoje de forma centralizada, diminuindo o acesso e estimulando o abandono do tratamento.

Palavra-chave

Tratamento Farmacológico. Adesão ao Tratamento. Acesso aos Serviços de Saúde. Tabagismo.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O fumo já foi protagonista de cultura, beleza, status, mas hoje felizmente cumpre um papel bem menos nobre considerado como doença crônica a alguns anos é a primeira causa de morte evitável no mundo, ao lado da pobreza e a desnutrição. Dentro das vivências da atenção básica, não há um só dia em que não nos deparemos com a problemática do cigarro. Ou é o tabagismo, precisamente dito, ou é a consequência dele durante toda uma vida. o cigarro representa ainda boa parte dos motivos de consultas das unidades básicas de saúde, é essa porcentagem tende a aumentar em áreas vulneráveis assim como os problemas relacionados a elas, e suas consequências quando há condições mais precárias também se sentem muito mais gravemente.

Na UBS do Jardim Padroeira se observa ainda muito forte a presença do cigarro e suas consequências, não só na população adstrita á unidade como também a seus trabalhadores. Grande parte dos funcionários é fumante e faz uso do cigarro nas dependências e/ou nos arredores da unidade. Nas visitas ao território, na porta da unidade enquanto aguardam a consulta se pode ver pessoas de todas as idade e gêneros, acendendo um cigarro, o ato de fumar está presente as vezes a mesa ou ao leito do paciente durante a visita, ele também é visto como porta de entrada para outras drogas, como a maconha, narguilé, cocaína crack e muitos outros, e isso faz parte do dia a dia do médico da atenção básica.

Na entrevista médica as vezes na consulta pré-natal, quase sempre na tuberculose e seus contatos, as vezes na piora da vascularização de um membro inferior, nos pacientes com sequela de acidentes vascular encefálico, ou nos casos psiquiátrico, o cigarro ainda joga o papel mais importante na evolução dos casos. Por essa razão criar mecanismos que facilitem a abordagem e o tratamento para cese do tabagismo é fundamental, ainda mais quando se tem uma população tão carente e negligenciada como é a nossa.

Objetivo Geral: Ampliar o acesso ao programa antitabagismo dos usuários da unidade Básica de saúde Getúlio Jose Dias, localizado no bairro Padroeira (UBS PADROEIRA) município de Osasco, São Paulo.

Objetivos Específicos:

- * Descentralizar ações do programa municipal do combate ao tabagismo para ser realizado na UBS Padroeira.
- * Levantamento do número de fumantes e busca ativa para participar do projeto.
- * Realização de consulta médica para acolhimento, primeiro atendimento e estratificação pessoal.
- * Desenvolvimento dos grupos de educação e saúde de acordo com o PNTC.

ESTUDO DA LITERATURA

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, assumiu em 1989 a coordenação das ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa buscava reduzir a aceitação social do tabagismo a partir da prevenção à iniciação ao fumo, da proteção da população contra a exposição à fumaça do tabaco e do apoio à cessação do tabagismo (CAVALCANTE, 2005). Entre 1990 e 1993, o Programa foi coordenado pela direção central do Ministério da Saúde em Brasília, voltando então a ser gerido pelo INCA. Em 1996, foi criada a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP), abrangendo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e demais programas de prevenção de fatores de risco para o câncer (INCA, 2007).

De acordo com Lee, Chagas e Novotny (2010), o Brasil é uma referência internacional no controle do tabaco, sendo um dos primeiros países a regular a descrição, o conteúdo e as emissões dos produtos derivados do tabaco e a adotar imagens de advertência nas embalagens de cigarros. Hoje o PNCT já está bastante legitimado, desde o início deste século o ministério da saúde vem publicando e atualizando portarias que garantem a sua permanência, assim como sua descentralização e financiamento. Hoje os 26 estados e o distrito federal possuem coordenações do programa e desenvolvem com seus municípios as ações de maneira integrada. quanto mais se amplia o acesso e mais se evolui em pesquisas e resultados, se percebe a importância de seguir sendo um programa acessível a população (BRASIL 2019).

No contexto da política nacional de saúde, algumas iniciativas potencializaram a implementação de medidas de controle do tabaco no país. No Pacto pela Saúde de 2006, o combate ao tabagismo foi destacado como uma das prioridades para a promoção da saúde. No mesmo ano, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) incluiu a prevenção e o controle do tabagismo, abrangendo ações educativas, legislativas, econômicas, de promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco e de apoio à cessação do tabagismo. Medidas educativas e legislativas também foram pautadas no programa 'Mais saúde: Direito de Todos', lançado em 2008 (BRASIL, 2011). Segundo o último estudo realizado pelo INCA houve uma queda de mais de 40% no percentual de fumantes no Brasil considerando o período entre 1989-2010, acreditasse que graças ao forte trabalho das políticas de controle do tabagismo foi possível evitar direta ou indiretamente cerca de 420.000 mortes (BRASIL 2019). Essas medidas levou o Brasil a ser classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como referência no combate ao tabaco e controle e vigilância das informações e tornou-se um dos mais importantes parceiros das entidades mundiais no combate ao tabagismo.

O médico da família joga aqui um papel fundamental na cessa do tabagismo, existe uma relação muito forte entre o aconselhamento do profissional de saúde e o aumento das taxas abandono do fumo, e quando esse profissional é de sua confiança é muito mais confortável, desde o convencimento, até as consultas de manutenção do abandono do vício, a longitudinalidade é uma das ferramentas mais importantes nesse processo, é só e possível dentro da atenção primaria a saúde. Já o *tratamento* medicamentoso antitabagismo tem importância não só para promover a cessação do *tabagismo*, mas também a manutenção continuada da abstenção e quanto menos barreiras existirem entre o fumante e esses elementos maior é a possibilidade de sucesso do tratamento (MEDEIROS, 2016).

A promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco representa uma das medidas de maior sucesso da política brasileira. A partir do fim dos anos 1980, a restrição do fumo avançou no país subsidiada por legislações nacionais, estaduais e municipais. Desde 2011, não é permitido fumar em ambientes coletivos fechados, privados ou públicos, salvo algumas exceções (locais de culto religioso, tabacarias, estúdios e instituições de saúde) (BRASIL, 2011). A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo, uma vez que se caracteriza por: "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades" (BRASIL, 2011).

O compromisso em ampliar o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de APS e de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) foi garantido com a Portaria nº 1035 de 31 de maio de 2004, do Ministério da Saúde (MS). Em 13 de agosto do mesmo ano, o MS publicou a Portaria nº 442, a qual apresentou como anexos o *Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS* e o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina*. O primeiro apresenta informações detalhadas sobre a capacitação de profissionais de saúde, credenciamento de unidades de saúde, cadastramento de usuários, garantia de referência e contrarreferência e fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina (BRASIL, 2007).

Considerando que a APS tem como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade e constitui-se como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, a oferta de ações de controle do tabagismo torna-se prioritária neste nível de atenção (BRASIL, 2011). Para a melhor qualidade do serviço prestado na atenção básica se configuram como importantes aspectos a capacitação dos profissionais de saúde como ação estratégica para a consolidação do SUS e a promoção da atenção integral à saúde (TORRES et al., 2010), a adequação da estrutura física das unidades de atenção primária à saúde (UAPS) e a articulação intersetorial, uma vez que a saúde é inseparável do desenvolvimento econômico-social (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Por tudo isso que o programa de combate ao tabagismo, possa estar no território, que o médico seja o médico da família, que o grupo seja realizado na vizinhança, que a medicação seja recolhida na farmácia da unidade, e que isso seja constante, sem fila, com uma acolhida amorosa e compreensiva, que não haja espera ou um obstáculo muito grande entre o desejo de parar de fumar e a primeira consulta é que se faz necessário que esse programa aconteça em todas as regiões do município e por que não dizer em todas as unidades de saúde. Por tudo isso que o programa de combate ao tabagismo, possa estar no território, que o médico seja o médico da família, que o grupo seja realizado na vizinhança, que a medicação seja recolhida na farmácia da unidade, e que isso seja constante, sem fila, com uma acolhida amorosa e compreensiva, que não haja espera ou um obstáculo muito grande entre o desejo de parar de fumar e a primeira consulta é que se faz necessário que esse programa aconteça em todas as regiões do município e por que não dizer em todas as unidades de saúde.

AÇÕES

As ações que devem ser desenvolvidas para a melhor a execução do projeto são:

- 1- Descentralização do programa municipal do combate ao tabagismo.
- 2- Busca ativa dos fumantes.
- 3- Acolhimento, primeiro atendimento e estratificação pessoal.
- 4- Realização das sessões em grupo e introdução da farmacoterapia quando necessária.
- 5- Formação de grupos de apoio para manutenção.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados são:

1- Descentralização do programa municipal do combate ao tabagismo: trazer o programa para cada UBS iniciando pelo Padroeira, hoje realizado apenas no CAPS AD.-

2- Busca ativa dos fumantes: buscar pessoas que tenham o interesse de abandonar o hábito de fumar, próximo a UBS sendo da área restrita a ESF ou não.

3- Acolhimento, primeiro atendimento e estratificação pessoal: seguindo os passos do Programa nacional de combate ao tabagismo, capacitar a toda equipe para fazer esse acolhimento, e os médicos e enfermeiras para a estratificação pessoal

4- Realização das sessões em grupo e introdução da farmacoterapia quando necessária: A parte mais importante desse projeto, conseguir realizar e manter os grupos e trazer os medicamentos, adesivos e demais fármacos, para a farmácia da Unidade Básica de Saúde.

5- Formação de grupos de apoio para manutenção. Fomentar bem os grupos para que possam sobreviver apesar das constantes mudanças no quadro de servidores, como moradores tem uma rotatividade menor que os profissionais, que eles possam se apoiar durante o processo de manutenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos atenção básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, o cuidado da pessoa tabagista. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs Brasília – DF 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante – consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 1035. Diário Oficial da União 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022* Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União* 2011; 14 dez.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiquiatr Clínica*; 32(5):283-300. 2005.

Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/tabaco/atendimento-grande-sao-paulo>. Acesso em 22/02/2020.

Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-contrle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em 10/02/2020.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar. *Tabagismo um grave problema de saúde pública* Rio de Janeiro: INCA; 2007.

LEE, K.; CHAGAS, L.C.; NOVOTNY, T.E. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. *PLoS Med*; 7(4). 2010.

MEDEIROS, M.E. Manual do médico de família. Santa Marcelina. São Paulo: MARTINARI, 2016.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica*; 17(1):131-139. 2001.

TORRES, H.C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. *Acta Paul Enferm*, 23(6):751-756. 2010.