

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CARLOS HENRIQUE PAPPEN

**CRIAÇÃO DO PROGRAMA MOTIVACIONAL DE COMBATE AO TABAGISMO
AOS USUÁRIOS DO ESF TABALAR EM VENÂNCIO AIRES/RS**

VENÂNCIO AIRES – RIO GRANDE DO SUL

2017

CARLOS HENRIQUE PAPPEN

**CRIAÇÃO DO PROGRAMA MOTIVACIONAL DE COMBATE AO TABAGISMO
AOS USUÁRIOS DO ESF TABALAR EM VENÂNCIO AIRES/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob a orientação da Professora Dra. Cátia Maria Justo.

VENÂNCIO AIRES – RS

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	10
4 VISITA DOMICILIAR.....	12
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	15
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
7 ANEXOS.....	19

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Carlos Henrique Pappen. Formei-me em medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 19/06/2015. Após formado, atuei em serviços de Urgência e Emergência, SUS, Convênios e particular, nas cidades de Venâncio Aires; também trabalhei na ESF de Passo do sobrado atuando em Medicina de Família e Comunidade e desde março venho atuando como médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Tabalar na cidade de Venâncio Aires.

Venâncio Aires tem população total de 65.946 habitantes, sendo 32.643 homens (49,5%) e 33.303 mulheres (50,5%). Do total populacional 41.401 habitantes residem na zona urbana e o restante, 24.545 habitantes, na zona rural¹.

O ESF Tabalar está localizado em uma zona de transição entre urbano/industrial e rural. Sua população é composta predominantemente por população de baixa renda e agricultores e majoritariamente trabalham diretamente com o fumo, seja nas indústrias de beneficiamento ou plantio. Por ser uma unidade de saúde recente (inaugurada em 2014), o ESF ainda não tem toda sua área de abrangência mapeada, o que dificulta na obtenção de indicadores sobre a situação de saúde da região².

A equipe do ESF Tabalar consiste em um técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um dentista. Os encaminhamentos para especialidades médicas, assim como a solicitação de exames, ocorrem por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde. Em casos de necessidade de exames de urgência/emergência e internações hospitalares os pacientes são encaminhados ao Hospital São Sebastião Mártir ou UPA 24h, ambos localizados no próprio município.

A demanda principal do ESF são o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas e suas complicações. O Etilismo e principalmente o tabagismo são prevalentes assim como uso de drogas ilícitas e a questão da saúde mental. São atendidas consultas agendadas e demanda espontânea.

O título do meu Projeto de Intervenção é: **PROGRAMA MOTIVACIONAL DE COMBATE AO TABAGISMO AOS USUÁRIOS DO ESF TABALAR**, conforme arquivo em anexo. Existe uma prevalência bastante alta de tabagistas na população que constituem os usuários do ESF Tabalar. O tabagismo traz consigo um alto índice de mortalidade e morbidade, além de altos custos para a saúde pública. Esses fatos me levaram a escolher esse assunto para investigação³.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Meu nome é Carlos Henrique Pappen sou médico na ESF Tabalar no município de Venâncio Aires, onde meu horário de atendimento é as 8 às 16 horas.

No início da tarde do dia 12 de setembro de 2016, adentra-se na unidade uma mulher de cabelos curtos, muito agitada, dizendo necessitar urgentemente consultar com o médico. Ao verificar o prontuário da dona N. M. A. R., 58 anos, foi descoberto que ela havia consultado uma vez na unidade há mais de um ano, foi orientada a realizar controle glicêmico, porém não retornou.

A paciente foi passada para consulta médica, porém antes realizou triagem com equipe de enfermagem, na qual foram verificados o peso, altura, pressão arterial e glicemia capilar. Em seguida a mesma foi chamada ao consultório médico.

Assim que a paciente entrou e sentou no consultório percebi que a mesma estava sudorética, ansiosa. Veio à consulta encaminhada da empresa na qual havia realizado consulta de exame admissional no qual foi realizada glicemia capilar (367mg/dl) e lá foi orientada a procurar atendimento devido a esse achado, e devido a isso estava com medo de não ser chamada para o trabalho. Também se queixava de cansaço, que ia ao banheiro muitas vezes ao dia, acompanhada de ardência para urinar há vários dias.

Ao revisar o prontuário observei que a paciente havia iniciado uso de metformina 850mg, duas vezes ao dia pela manhã, há mais de um ano, porém não retornou para revisão conforme combinado. Ao ser questionada informou que além da metformina usava enalapril 10mg duas vezes ao dia para controle da hipertensão. Além disso, não apresentava registro de exame laboratorial no sistema, entretanto afirmava que o tinha feito.

Durante a consulta relatou que não costuma praticar atividade física regular e que gosta muito pães e bolos, a ponto de em alguns dias ser a base de sua alimentação. Relata história de tabagismo no passado, porém parou de fumar 13 anos atrás, após o pai ter falecido de CA de pulmão. Nega etilismo. Aproveitando que a paciente comentou sobre o pai questionei sobre sua mãe, relata não a ter conhecido, pois foi apenas um caso que seu pai teve fora do matrimônio e assim

que ela havia nascido sua mãe fugiu, sendo então criada pela esposa do seu pai, já que eles ainda não tinham filhos.

Ao exame clínico: Paciente agitada e sudorética. Mucosas apresentavam-se úmidas e coradas. Afebril. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. PA:140/80; FC:89bpm; FR: 22irpm; HGT 321; Peso 77kg; Altura 1,61m

Foi iniciada insulina NPH 10UI ao deitar, com plano de ajuste conforme glicemia de jejum assim como preconiza o ministério da saúde e orientado que realizasse caminhadas e cortasse a ingestão de doces e farináceos. Também foram agendados exames: glicemia jejum, hemoglobina glicosilada, EQU e urocultura ^{4;5}.

Paciente retornou após uma semana com exames solicitados e ainda mostrava-se preocupada com o fato de poder ou não trabalhar. Expliquei que no momento essa não deveria ser sua preocupação principal e sim sua condição de saúde. No momento dessa segunda consulta foi coletado HGT (273mg/dl), mostrando-se alterado mesmo em uso correto da medicação.

Os exames laboratoriais apresentaram:

- Glicemia de jejum: 281mg/dl
- Hemoglobina glicosilada: 10,2%
- EQU: proteínas+++; glicose ++; +100 leucócitos/campo; bacteriúria intensa.
- Urocultura: E. coli multisensível.

Foi iniciado ajuste de insulina NPH conforme controle de HGT e também foi prescrito tratamento para infecção de trato urinário presente.

Após uma semana de controle e ajuste de insulina a dose diária era de 12UI antes do café e 18UI antes da janta (30UI diárias), o HGT de jejum estava em 114. Nesta consulta a paciente foi encaminhada para consulta com oftalmologista (avaliação de fundo de olho, pois a unidade não possui oftalmoscópio) e foram solicitados os seguintes exames: Colesterol total, HDL, Triglicerídeos, creatinina e glicose em jejum.

Ao retornar com os exames solicitados: Colesterol Total: 281mg/dL; HDL: 66mg/dL; Triglicerídeos: 207mg/dL; LDL(calculado): 173mg/dL; Creatinina:1,6mg/dL; Glicose jejum 118.

Contou que havia iniciado caminhadas no final da tarde e que reduziu drasticamente a ingestão de açúcar. Devido às alterações no perfil lipídico da paciente, foi iniciado sinvastatina 20mg de noite devido ao seu risco cardiovascular moderado, baseado no escore de Framingham e no Ministério da Saúde^{6,7}. Ao final dessa consulta foi agendada nova consulta dentro de 3 meses para realizar novos exames (entre eles hemoglobina glicosilada e perfil lipídico) para averiguar as metas de tratamento.

Paciente retorna como combinado para reconsulta, contando que até perdeu peso com o novo estilo de vida trazia os exames solicitados previamente. Ao exame clínico: Paciente calma e sorridente. Mucosas apresentavam-se úmidas e coradas. Afebril. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. PA:120/90; FC:75bpm; FR:20irpm; HGT 124; Peso 74kg; Altura 1,61m

Os novos exames laboratoriais apresentaram:

- Glicemia de jejum: 118mg/dl
- Hemoglobina glicosilada: 6,3%
- EQU: sem alterações
- Colesterol total: 256mg/dL
- HDL: 64mg/dL
- Triglicerídeos: 150mg/dL
- LDL (calculado): 162mg/dL

Paciente apresenta exames dentro da meta de hemoglobina glicosilada buscada, menor que 7%⁸. Conta que segue realizando atividade física, que tem se sentido melhor e até tem mais disposição para trabalhar e cuidar da casa e substitui sempre que possível os grãos e farináceos por variedades integrais. Agradeceu muito à ajuda de todos na unidade. Faço agendamento de nova consulta para seguimento em três meses.

Genograma da família de N.M.A.R:

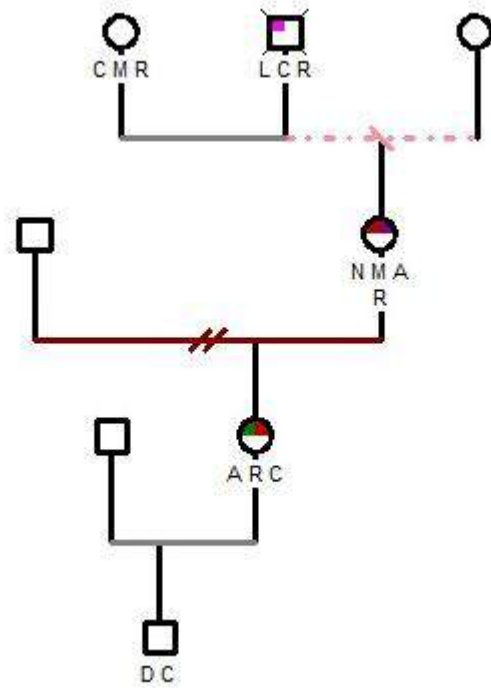


Figura 1 - Genograma da família de N.M.A.R (fonte: arquivo pessoal)

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Iniciei minha atuação no ESF Tabalar em Venâncio Aires, Rio Grande do sul em março de 2016, e das praticas de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, a questão de saúde mental talvez seja a que mais surtiu impacto na comunidade. Antes a unidade servia apenas para renovação de receitas e que o acompanhamento da sua patologia era apenas realizado no CAPS e consequentemente perdendo-se parte da integralidade do seu acompanhamento.

O modelo de funcionamento da unidade TABALAR, até o momento em que iniciei meu trabalho, era atendimento de paciente exclusivamente por demanda, tanto para queixas agudas, como revisão de tratamentos e renovação de receitas. A implementação da agenda médica possibilitou que os pacientes com doenças crônicas (nos quais a saúde mental pode ser enquadrada) fossem tratadas com mais efetividade. O fato da unidade já dispor de prontuário eletrônico facilitou o registro das consultas de saúde mental, nas quais o registro das impressões do paciente, suas particularidades, medicações em uso – quantidade e horários de tomada -, impressões da equipe de saúde acerca do problema e as demais informações coletadas em consulta ficam organizadas e de fácil acesso aos profissionais que participam da assistência ao paciente em questão. Isso permite que seja realizado um tratamento centrado no paciente e com maior resolutividade, pois assim os problemas físicos e mentais são abordados em conjunto⁹.

O próprio usuário do sistema de saúde não via a ESF como um local de acompanhamento de saúde mental, tendo como referência de acompanhamento apenas o CAPS. Essa distinção é equivocada, pois o acompanhamento desses pacientes na APS, apesar de não existir orientações específicas para tal, é de significativa importância, devido, entre vários fatores, a proximidade com a família e a comunidade, inclusive no que se refere a alcoolismo, tabagismo e drogadição^{10,11}. O fato da impossibilidade de oferecer acompanhamento com o médico psiquiatra em número suficiente e o estigma que muitas vezes o tratamento psiquiátrico carrega junto aos familiares e pacientes torna a atenção básica ferramenta estratégica para o tratamento e manejo adequado da saúde mental⁹.

O acompanhamento na APS também possibilita que seja possível acompanhar e realizar o rastreamento e diagnóstico de patologias como, por exemplo, HAS, DM II, assim como neoplasias de colo de útero e mama no caso das mulheres¹¹. Esse cuidado é frequentemente negligenciado nessa parcela da população, por vezes devido à falta de auto cuidado que a patologia mental traz consigo ou até mesmo pela exclusão social devido ao preconceito.

Existem vários estudos e revisões literárias, tanto em âmbito nacional como internacional, que discorrem sobre a abordagem da Saúde Mental na Atenção Primária e seus benefícios para o usuário do sistema de saúde e conseqüentemente a comunidade⁹. A proximidade da ESF com a família e a comunidade permite um cuidado mais personalizado e amplo, dando condições e a oportunidade do paciente realizar o tratamento não só da doença psicológica, mas também das queixas e problemas físicos, olhando o paciente como um todo. A consequência dessa mudança de visão da APS sobre a saúde mental melhora consideravelmente a qualidade de vida tanto do indivíduo como do cenário social e familiar que ele está inserido.

4 VISITA DOMICILIAR

Tendo como base o princípio da territorialização, a APS deve-se ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas que residem em seu território. Partindo desse princípio, a atenção domiciliar é atividade fundamental do processo de trabalho das equipes de ESF, e seus membros devem estar preparados para identificação e cuidado dos usuários que se serão atendidos através dessa modalidade. Isso significa adequar aspectos na organização do processo de trabalho, assim como tomar parte das tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar¹².

A proposta de atenção domiciliar implica em reorganizar o processo de trabalho e discutir sobre diferentes concepções e abordagens da família. Os profissionais devem ser capazes de atuar com inteligência e senso crítico, de maneira humanizada, competente e resolutiva, englobando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação¹².

A atenção domiciliar deve realizar uma abordagem integral a família, com consentimento familiar, participação do usuário e presença de um cuidador. A equipe designada para este fim deve ter uma visão interdisciplinar, contando com apoio multiprofissional e deve ter na comunidade um aliado para sempre buscar a melhora da assistência ao usuário e a família.

No ESF Tabalar, localizado no município de Venâncio Aires – RS, antes de a unidade contar com médico e enfermeiro vinculados a unidade não existia visitas domiciliares no território. Com a designação de ACS (duas no momento), estruturação do ESF e organização da agenda multiprofissional, estão sendo possível realizar os atendimentos domiciliares.

Realizamos uma análise dos perfis dos pacientes que necessitavam da visita domiciliar (VD) e organizamos em ordem de prioridade de atendimento dentro de uma mesma microárea, pois devido a extensão do território e a distância dos domicílios seria muito difícil cobrir em um mesmo dia de visitas duas microáreas sem perder muito tempo em deslocamento. Após essa organização inicial as VDs seriam organizadas partindo da data da última visita, sendo que se algum agravante acerca

de algum paciente fosse trazido a tona por algum membro da equipe, ou até mesmo da família ou comunidade, esse seria reorganizado para que a visita fosse o mais breve possível, dentro das limitações da equipe.

Nos casos em que alguma avaliação especializada é necessária (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, etc.) solicitamos apoio do NASF da cidade. Os pacientes que necessitam encaminhamento para consultas especializadas o transporte inicialmente seria responsabilidade da família, porém quando essa não tem condições para tal pode recorrer a Secretaria Municipal de Saúde para solicitar transporte, tanto municipal quanto intermunicipal caso seja o caso.

As visitas sempre são realizadas por no mínimo uma equipe composta pelo agente comunitário de saúde, enfermeiro e médico. Aproveitando esse contato mais direto com a realidade do usuário fornecemos orientações pertinentes a terapêutica instituída ao paciente, explicando também ao cuidador, que pode tirar dúvidas e esclarecer pontos que não tenham ficado claros sobre o tratamento. Também é um momento onde realiza-se aferição de pressão arterial, glicemia capilar, coleta de material para exames, realização e orientação acerca de curativos e trocas de ostomias.

Em uma significativa parcela dos casos observa-se que as orientações não são seguidas, outras vezes percebemos certa negligência com o paciente, principalmente os acamados e que dependem totalmente dos seus cuidadores. Entretanto nesses casos as visitas e intervenções tem papel muito importante de reforço às medidas de cuidado e conscientização do seu papel junto ao familiar ou dependente, resultando em uma melhora da qualidade de vida do usuário do sistema.

O principal problema enfrentado para a realização da VD é a falta do transporte, pois dependemos de um veículo a ser disponibilizado pela secretaria municipal de saúde. Ocorre que algumas vezes recebemos a informação que o carro designado para a visita não está disponível, acarretando em atraso na agenda de visitas, sendo que para alguns pacientes a VD é a única maneira de contato com o ESF.

As visitas domiciliares tem papel fundamental na pratica da APS. O contato direto com a família, com o local onde reside o usuário nos permite entender e adequar da melhor maneira possível o tratamento proposto e as práticas de prevenção e promoção de saúde. Apesar das dificuldades que podem ser encontradas para o desenvolvimento dessa prática, não podemos abrir mão dessa ferramenta. Nosso papel também é cobrar da equipe e até mesmo do gestor quando necessário para sempre buscar levar até o nosso usuário a saúde na totalidade do seu conceito.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Com base nos princípios gerais que Atenção Básica podemos caracteriza-la pelo conjunto de ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, desenvolvida por práticas democráticas e participativas, baseadas no trabalho em equipe dirigidas a população de um determinado território delimitado¹³. Durante esse ano de trabalho e aprendizado, tanto no dia a dia da unidade de saúde quanto na especialização, pude perceber o tamanho que a Atenção Primária tem na saúde da população Brasileira. Somos a porta de entrada e temos a oportunidade de estabelecer um verdadeiro vínculo com o indivíduo e com a família. O curso de especialização me deu a oportunidade de entender essa parte do funcionamento do Sistema Único de Saúde de uma maneira mais clara, das ferramentas que temos a nossa disposição na rede, além do aperfeiçoamento clínico, foco da segunda etapa do curso.

A Atenção Básica visualiza o usuário em sua particularidade, na sua complexidade e integralmente, inserido-o no seu meio sócio-cultural e buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, reduzindo os danos e sofrimentos que possam comprometer sua qualidade de vida¹³. Ou seja: o médico de saúde de família trata não apenas das doenças que são trazidas pelas queixas dos pacientes, mas também entende o contexto que o usuário está inserido buscando resolver os problemas na raiz de seus desencadeantes tanto em esfera individual como social. Usando informações acerca dos problemas do ambiente, conseguimos promover a saúde e a realizar a prevenção de doenças.

A primeira parte do curso de especialização esclareceu sobre o que é o SUS, como ele se organiza desde a competência de cada setor, até o funcionamento dos fluxos. O estudo me estimulou a procurar conhecer a realidade da estruturação do município em relação a Rede Básica e até mesmo fazendo-nos questionar o funcionamento local do sistema. Também nos ensinou a avaliar evidência e a sempre buscar a melhor conduta para nossos usuários. Já no módulo clínico foram apresentados casos e situações sociais recorrentes na prática de saúde de um ESF. Essa etapa do curso me proporcionou grande crescimento profissional, pois através

do conhecimento adquirido vem à confiança para transmitir ao paciente o tratamento certo para suas comorbidades.

Posso dizer que após um ano de trabalho e estudo sobre a APS, minha conduta dentro da unidade mudou drasticamente. O que antes para mim era um trabalho individual hoje é discutido com a equipe, com reuniões, planejamento de ações e sobre organização do serviço. Dependemos do comprometimento coletivo para alcançarmos o melhor resultado e nossas ações interferem diretamente no trabalho do colega. O entrosamento da equipe traz benefícios para os usuários e aumenta a satisfação dos próprios colegas que trabalham na unidade de saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE, Venâncio Aires. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=4322608>>
2. Prefeitura Municipal de Venâncio Aires. Disponível em: <http://www.pmva.com.br/>
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
5. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. v. 2. São Paulo: Artmed, 2012.
6. FITCHETT DH, Mancini GB, Gregoire J, Anderson T, McPherson R. Risk stratification and selection for statin therapy: going beyond Framingham. *Can J Cardiol.* 2014 Jun;30(6):667-70. doi: 10.1016/j.cjca.2014.03.006. Epub 2014 Mar 12. PubMed PMID: 24882539.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14)
8. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2013. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 36, Suppl. 1, p. S11–66, 2013.
9. WENCESLAU, Leandro David and ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu).* 2015, vol.19, n.55, pp.1121-1132. Epub Aug 21, 2015. ISSN 1414-3283.

10. Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4(1):105-14
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes).
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) ISBN 85-334-1186-31. Serviços básicos de saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.



PROJETO DE INTERVENÇÃO

Carlos Henrique Pappen

**PROGRAMA MOTIVACIONAL DE COMBATE AO TABAGISMO AOS USUÁRIOS
DO ESF TABALAR**

Venâncio Aires, novembro de 2016

RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuários do ESF Tabalar do município de Venâncio Aires, tabagistas e que tenham vontade de cessar o tabagismo. Os pacientes selecionados serão avaliados e divididos em grupos de orientação e educação sobre os malefícios do hábito de fumar e o processo de cessação. Este se dará através de intervenções motivacionais, com eficácia baseadas em evidências clínicas. Espera-se que através desse projeto possamos melhorar a qualidade de vida da população local, diminuindo a morbimortalidade oriunda do tabagismo e reduzir os gastos sociais e de saúde oriundos do cigarro e seus similares.

SUMÁRIO

RESUMO.....	2
SUMÁRIO.....	3
INTRODUÇÃO	4
OBJETIVOS	7
Objetivo geral	7
Objetivos específicos:	7
REVISÃO DE LITERATURA	8
Dependência	8
Avaliação Clínica do fumante.....	10
Intervenções motivacionais.....	11
METODOLOGIA.....	15
CRONOGRAMA.....	16
RECURSOS NECESSÁRIOS	17
RESULTADOS ESPERADOS.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste projeto de intervenção faz parte dos trabalhos que devem ser desenvolvidos no decorrer do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), e tem como objetivo identificar problemas ou deficiências no sistema de saúde no qual o profissional está inserido e propor uma solução para a resolução dos mesmos. A unidade de saúde que será plano de fundo para o desenvolvimento será o ESF Tabalar, localizado em Venâncio Aires, no estado do Rio Grande do Sul

O município de Venâncio Aires, localizado na região centro-oriental do estado do Rio Grande do Sul, entre os vales do Rio Pardo e Taquari. Situa-se às margens da rodovia RSC-287 e distancia-se 130 km da capital Porto Alegre. Tem na agricultura sua principal atividade econômica, com destaque para a fumicultura – maior produtor de tabaco do Brasil – e erva-mate.

Venâncio Aires tem população total de 65.946 habitantes, sendo 32.643 homens (49,5%) e 33.303 mulheres (50,5%). Do total populacional 41.401 habitantes residem na zona urbana e o restante, 24.545 habitantes, na zona rural.

O ESF Tabalar está localizado em uma zona de transição entre urbano/industrial e rural. Sua população é composta predominantemente por população de baixa renda e agricultores e majoritariamente trabalham diretamente com o fumo, seja nas indústrias de beneficiamento ou plantio. Por ser uma unidade de saúde recente (inaugurada em 2014), o ESF ainda não tem toda sua área de abrangência mapeada, o que dificulta na obtenção de indicadores sobre a situação de saúde da região. Apesar disso a alta prevalência de tabagistas é evidente nas consultas e convívio com a população.

O tabagismo contribui para o desenvolvimento de agravos de saúde, cuja prevalência vem aumentando no último século, gerando custos sociais e econômicos enormes. O tabaco configura-se hoje como a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo, sendo responsável por 13% do total de mortes no

Brasil, reduzindo a expectativa de vida do brasileiro fumante em cinco anos em relação ao não fumante. O gasto calculado em saúde atribuído ao tabagismo no Brasil, segundo dados de prevalência de 2008, foi de R\$ 20,68 bilhões.

Há um esforço mundial para regulamentação e controle do uso do tabaco, de forma a desestimular o seu consumo prevenindo a iniciação e apoiando a cessação para os usuários. Nos últimos anos, diversas regulamentações que tratam desde consumo de tabaco em espaços públicos, formas de propaganda, aumentos de impostos e regulamentação do uso de aditivos, até políticas de substituição da agricultura do tabaco por outros produtos agrícolas foram aprovadas no Brasil. Essas ações de impacto populacional são responsáveis em grande parte à queda da prevalência do tabagismo na população brasileira observada nas últimas décadas (31,7% da população adulta em 1989 para 14,7% em 2013). Entretanto, dados recentes mostram que dos tabagistas que tentam parar de fumar (aproximadamente metade do total), apenas uma pequena parcela recebe aconselhamento de um profissional de saúde sobre como parar e uma parte menor ainda recebe um acompanhamento adequado para este fim (BRASIL, 2015).

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%(BRASIL, 2015). Entre 2002 e 2003, a prevalência total de fumantes na população acima de 15 anos já havia caído para 19%. 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) (BRASIL, 2015). 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). Todos esses dados evidenciam uma tendência de queda na prevalência de tabagistas na população brasileira nas últimas décadas.

Dessa forma, a identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista podem ser realizados no seu território, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário, e contribuindo para o controle dos custos envolvidos no tratamento para cessação do tabagismo no País. Os profissionais da Atenção Básica assumem um papel de destaque nesse contexto já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo. Por esses motivos que a equipe do ESF Tabalar concordou que o combate ao tabagismo com abordagem motivacional/comportamental seria de grande valor para os usuários, tendo em vista a estruturação atual do ESF.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Desenvolver um projeto de intervenção para auxiliar os pacientes a cessar o hábito de fumar.

Objetivos específicos:

- Estudar o perfil epidemiológico dos pacientes tabagistas da ESF Tabalar.
- Conhecer a realidade e inquietações dos tabagistas da ESF Tabalar.
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de saúde a fim de avaliar a abordagem empregada em cada caso e discutir os problemas que por ventura possam aparecer.
- Avaliar a adesão ao tratamento e recaídas ao Tabagismo dos pacientes envolvidos.

REVISÃO DE LITERATURA

A nicotina é considerada uma droga psicoativa (ou psicotrópica) estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC) que provoca mudanças de humor percepção, estado emocional, comportamento e aprendizagem. Para que a droga seja considerada de efeito psicoativo, é necessário haver evidências de haja um reforço comportamental para o seu uso pelo próprio efeito da substância, e esta situação aplica-se ao cigarro. A nicotina provoca dependência, pois gera a necessidade compulsiva do seu uso, resultando no controle do cigarro sobre o comportamento do indivíduo (ISMAEL, 2007).

Dependência

A nicotina aumenta a liberação de inúmeros neurotransmissores no SNC, especialmente dopamina, nas sinapses neuronais do sistema mesolímbico. O cérebro dependente de nicotina porque tem a sua neurobiologia modificada pelo uso contínuo da substância (ROSEMBERG, 2002).

A nicotina inalada na fumaça do cigarro chega ao cérebro em aproximadamente 10 segundos, alimentando os receptores das células cerebrais capazes de reconhecê-la. O organismo reage à nicotina e adapta a sua funcionalidade à presença da mesma, estabelecendo o quadro de dependência física. Isso ocorre geralmente no decorrer de um a três meses de uso (ROSEMBERG, 2002).

As principais adaptações relacionadas à Dependência Física são:

- **Tolerância:** aumento gradativo da quantidade necessária da droga a ser consumida pelo usuário para se alcançar os efeitos desejados. Por isso, quanto maior a tolerância, maior a necessidade da substância, resultando em uma maior dependência física da substância (ROSEMBERG, 2002).
- **Síndrome de Abstinência:** surgimento de sinais e sintomas fisiológicos decorrentes da supressão do efeito da droga, e por consequência à redução

dos estímulos no SNC, e que na maioria dos casos desaparecem rapidamente após o consumo da droga (ROSEMBERG, 2002).

Tolerância e Sintomas de Abstinência levam o indivíduo ao uso cada vez mais abusivo da droga, resultando na perda do controle do consumo, ainda que ciente dos problemas interpessoais e de saúde oriundos do comportamento, assim definindo-se compulsão. Forma-se, assim, a tríade da dependência física: tolerância; sintomas de abstinência; compulsão (ROSEMBERG, 2003)

Já a dependência psicológica consiste na ideação que a pessoa desenvolve quanto à necessidade da droga para se alcançar um equilíbrio ou percepção de bem-estar, com importante papel na manutenção do hábito de fumar. Essa dependência ocorre concomitantemente à dependência física (química) e pode passar despercebida e, portanto ter o seu tratamento dificultado. O cigarro frequentemente é usado para redução da ansiedade quando diante de uma situação de estresse. O fumo é ainda associado pelo fumante como meio de alívio da sensação de vazio e tristeza, e de alento em situações de solidão (ISMAEL, 2007).

O comportamento dependente é enfatizado pelas ações farmacológicas da nicotina (euforia/prazer), ou seja, o dependente começa a associar humores, situações e fatores ambientais específicos aos efeitos da droga. Este é um aspecto deveras importante na abordagem da cessação do tabagismo, já que frequentemente pode acometer e acarretar a recidiva após um período de abstinência (ISMAEL, 2007).

Segundo a Teoria Comportamental da Dependência, o ato de fumar poderia ser mantido especialmente pelo condicionamento, pois a associação do fumar após eventos específicos transforma estes eventos em fortes estímulos para manutenção do tabagismo. Os comportamentos visam à busca de prazer imediato e fuga das situações que não trazem satisfação ou tragam sofrimento. A partir desta idéia, o Condicionamento clássico descreve de que maneira um estímulo neutro se transforma em estímulo condicionado por meio do aprendizado (ISMAEL, 2007).

Avaliação do fumante

O primeiro passo para a Avaliação da Pessoa Tabagista é reconhecer o tabagista na comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde. Esse reconhecimento pode ocorrer principalmente por meio do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual (CDS – e-SUS AB), por qualquer profissional de saúde, sendo os agentes comunitários de saúde (ACS) os profissionais-chave para esse momento ou durante qualquer atendimento na UBS. Durante esse reconhecimento é importante que o profissional de saúde converse com o usuário, estimulando-o a reflexão sobre o seu consumo de cigarro. Essa abordagem pode incluir perguntas simples acerca do tabagismo no acolhimento ou na visita domiciliar, em especial as perguntas “você fuma?”, “quantos cigarros você fuma por dia?” e “alguma vez você já tentou parar de fumar?”. Essas abordagens iniciais aproximam o usuário das equipes, facilitando também o acesso ao tratamento. Após esse reconhecimento dos tabagistas no território, passa-se ao momento de estratificação, onde se verifica quem são os fumantes que não desejam parar de fumar e quem são os fumantes dispostos a parar de fumar/iniciar alguma forma de tratamento para cessação. (BRASIL, 2015)

O fumante que deseja parar de fumar deve ser submetido à uma avaliação clínica no momento da primeira consulta para então ser admitido no programa de cessação do tabagismo. O objetivo dessa avaliação inicial é identificar alterações funcionais pulmonares e existência de doenças relacionadas ao tabagismo (DRT), através de história clínica minuciosa, exame físico completo e exames complementares, que variam conforme a disponibilidade dos recursos locais. A radiografia de tórax é tem importância fundamental no tratamento. A relação médico-paciente, sensibilidade e capacidade de observação do profissional indicarão a hora mais adequada de iniciar a intervenção. Neste primeiro momento que também é avaliado o perfil do fumante, seu grau de dependência à nicotina e sua motivação para deixar de fumar (REICHERT, 2008).

A demanda inclui desde pessoas “hígidas”, que apenas querem deixar de fumar, inclusive pessoas que já apresentam sinais e sintomas de DRT ou de outras comorbidades, todos buscando reconquistar a saúde e qualidade de vida. A avaliação clínica inicial é semelhante em todos os grupos, entretanto a forma de

abordagem é o fator variável. Exames complementares são ser úteis para auxiliar na motivação do paciente para a cessação do tabagismo. Resultados normais são usados para tranquilizar o paciente e indicar que esta é a melhor hora para deixar o vício. Resultados alterados servem como o alerta de que é melhor parar, para impedir novos danos e reconquistar a saúde (REICHERT, 2008).

Intervenções motivacionais

Motivar o fumante é essencial no processo de cessação do tabagismo. Entretanto esse é um dos maiores obstáculos para a equipe de saúde. Caracteriza-se a motivação como uma “força interna” que a pessoa à ação e pode ser entendida como o estado de prontidão ou de avidez para uma determinada mudança (ou manutenção), ou seja, a intenção em comprometer-se para alcançar o objetivo, que pode oscilar ao longo do tempo, dependendo do contexto em que o tabagista se encontre (VERNON, 1973).

Os métodos baseados na terapia comportamental cognitiva (TCC) tem importância comprovada na abordagem do fumante em todas as situações clínicas, mesmo nos casos em que é necessário tratamento medicamentoso. O tabagista deve se sentir acolhido pelo médico, e a abordagem deve ser com empatia, respeito e confiança. Não existe um “momento certo” para deixar de fumar, pois mesmo diante de patologias graves e incapacitantes, a cessação do tabagismo tem impacto muito positivo na qualidade de vida e na autoestima do indivíduo, frequentemente abalada pelas doenças de base. (REICHERT, 2008)

A TCC deve ser oferecida no atendimento individual como também em grupo. As sessões devem ser agendadas com periodicidade semanal no primeiro mês (parada), quinzenal até o término da abordagem intensiva (três meses) e mensal até completar um ano. Material de apoio deve ser elaborado e fornecido aos usuários para reforçar as orientações, tendo como modelo as cartilhas elaboradas pelo Instituto Nacional do Câncer para o programa nacional de controle do tabagismo (BRASIL, 2004)

Os fumantes pré-contemplativos, aqueles que ainda não vem o tabagismo como um problema e que não tem intenção de parar de fumar, devem ser

estimulados a pensar em parar de fumar. É preciso informá-los sobre os malefícios, os benefícios de parar e os riscos para a saúde dos que convivem com ele.

Os fumantes contemplativos, aqueles em que há conscientização de que o hábito de fumar é um problema, devem ser encorajados a marcar uma data dentro de 30 dias para parar, se possível. Devem identificar os motivos de fumar e como vencê-los. Nos encontros subsequentes, é preciso voltar no assunto até que estejam decididos a cessar o tabagismo. Quando o paciente entra na fase de ação, é necessária a definição imediata da data de parada. Deve-se elaborar um plano de ação juntamente com o paciente, levando em consideração os motivos que o levam a fumar e criando estratégias para que ele resista ao desejo e se adapte a viver sem o cigarro. A partir da data estipulada, o indivíduo deve se afastar de tudo que lembre o cigarro (não portar cigarros ou acessórios que remetam a tal, não consumir café e álcool, por exemplo). Para combater a fissura, a orientação é beber líquidos, chupar gelo, mascar algo com sabor (balas ou chicletes dietéticos, cristais de gengibre, canela, etc.), usando esses artifícios como substitutos da gratificação oral. O Ato de manter as mãos ocupadas escrevendo, digitando, com costura, pintar, etc., têm se mostrado estratégias muito úteis. Ações como essas diminuem a busca por fontes de prazer relacionadas ao tabagismo, referenciadas, evidentemente, na gratificação oral e manual (REICHERT, 2008).

Fumantes em manutenção devem ser observados quanto aos progressos e dificuldades enfrentados, seja por meio das consultas e/ou contatos telefônicos para prevenção da recaída. O paciente precisa ter consciência de que o tabagismo é uma doença crônica e que não deve acender um cigarro ou dar uma tragada, pois essa ação pode fazê-lo readquirir o hábito perdido e para evitar as recaídas, é necessário estimular o paciente a identificar as situações da rotina que o colocam em risco de fumar e a traçar estratégias para driblar essas situações. Caso a recaída ocorra, o profissional deve aceitar sem críticas, dessa maneira mantendo a atmosfera de confiança mútua e apoio já estabelecidos previamente (REICHERT, 2008).

A intervenção psicossocial (IPS) se refere a este. Existem evidências de uma relação dose-resposta entre a intensidade da IPS e taxa de sucesso. Todas as formas da IPS, sejam presenciais (individuais ou em grupo) ou por telefone,

apresentam altas taxas de cessação e de custo-efetividade (grau/nível A) (BRASIL, 2001).

A abordagem cognitivo-comportamental ajuda a reestruturar crenças disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva para avaliar situações específicas que o levem a fumar e também a reconhecer os sintomas e duração da abstinência e por isso tem uma capacidade aumentada para lidar com a situação. Dessa forma, a abordagem cognitivo-comportamental é a base do tratamento para a Cessação do Tabagismo, tendo o tratamento medicamentoso – quando presente – um papel auxiliar neste contexto (BRASIL, 2001).

O apoio social consiste no reforço das motivações para parar de fumar, o fortalecimento acerca das vantagens da cessação, o aumento da eficácia, o combate às crenças e pensamentos em torno do consumo, a prevenção de problemas decorrentes da cessação (ganho de peso, irritabilidade, humor negativo) e o apoio ao fumante quando surgir a dúvida quanto a opção de vida e se a motivação declinar. O suporte social através de amigos e familiares tem papel fundamental na resistência ao fumo. Os ambientes livres de tabaco no trabalho em casa e em alguns ambientes públicos, assim como o estímulo para que outros fumantes procurem ajuda para parar de fumar contribuem significativamente para fortalecer a recuperação (REICHERT, 2008).

O Quadro abaixo apresenta as estratégias consideradas efetivas para os fumantes em estágio motivacional e está “preparado para deixar de fumar”:

Estratégias efetivas para pacientes preparados para deixar de fumar (adaptada de Fiore e cols., 2000).

Terapias psicossociais	Construção de estratégias	Exemplos
Desenvolver habilidades para a resolução dos problemas	Identificar o risco de recaída	Reconhecer estresse, sentimentos negativos, companhia de fumantes, álcool, angústia, ansiedade, tristeza, depressão.
	Desenvolver estratégias substitutivas	Aprender estratégias: <ul style="list-style-type: none"> • reduzir humor negativo (relaxar, banhar-se, fazer algo prazeroso, ouvir música, ler, exercícios); • controlar urgência por fumar (caminhar, distrair-se, tomar água, sucos, escovar dentes, mascar chiclete).
Apoio da equipe de saúde	Informar sobre a dependência	Saber reconhecer a abstinência (sintomas, duração); conhecer a natureza aditiva da nicotina (uma tragada pode gerar recaída); saber que a fissura cede em pouco tempo (três minutos); aprender estratégias substitutivas para atravessar os momentos difíceis.
	Encorajar a tentativa de abandono	Existe um tratamento eficaz para deixar de fumar. Metade das pessoas é capaz de parar com ajuda. Transmitir confiança: capacidade de alcançar o êxito.
	Cuidar/responder às dúvidas e aos temores	Indagar sobre o sentimento de parar, oferecendo apoio, sempre aberto a inquietações, temores e ambivalência.
Apoio social a familiares e amigos	Favorecer o plano de abandono	Trabalhar motivos para o abandono, dúvidas e preocupações ao deixar de fumar, resultados obtidos e dificuldades.
	Solicitar suporte social e familiar	Orientar sobre contenção familiar e social, informar dia “D” aos familiares e amigos que escolher; estimular ambiente livre de tabaco em casa e no trabalho e pedir cooperação.
	Facilitar o desenvolvimento das habilidades	Identificar pessoas que apoiem a recuperação (pedir apoio, não fumar em sua presença, não oferecer cigarros, observar mudanças transitórias de humor).
	Estimular o suporte a outros fumantes	Estimular outros fumantes a pararem.

METODOLOGIA

Como caminho metodológico, propõe-se um projeto de intervenção com delineamento longitudinal, com os seguintes critérios de inclusão a serem adotados:

1. Seleção de usuários tabagistas pertencentes à área adstrita do ESF Tabalar, do município de Venâncio Aires que estejam em fase contemplativa, ou seja, que possuem entendimento sobre os importantes problemas referentes ao uso crônico do tabaco e que desejam firmar compromisso para a cessação do tabagismo.
2. Apresentação à equipe da unidade de saúde durante reunião de equipe destinada a este fim. Reuniões subsequentes serão agendadas para a devida capacitação de todos os profissionais que participarão da intervenção, contando com exposições multidisciplinares acerca do assunto, inclusive com a participação e suporte logístico dos profissionais de psicologia do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
3. Acolhimento dos usuários tabagistas pela equipe de enfermagem, momento em que serão questionados sobre como se dá o hábito do tabagismo, quantos maços/dia, entre outras informações. Posterior consulta médica para orientação acerca dos problemas oriundos do fumo e questionamento sobre a decisão de parar de fumar.
4. Solicitação de exames de rotina clínica e radiografia de tórax para aqueles que aceitarem participar voluntariamente do projeto. Após essa primeira avaliação os participantes serão divididos em grupos de cinco até dez usuários para então serem agendadas reuniões dos grupos terapêuticos.
5. Agendamento da primeira reunião na qual será apresentado ao paciente o programa, marcada a data limite para a cessação do tabagismo e agendamento das reuniões subsequentes.
6. Os grupos serão contínuos, ou seja, no momento em que um número mínimo de pacientes, cerca de cinco usuários, demonstrar interesse em cessar o

vício, um novo grupo será iniciado. Também serão distribuídas cartilhas do Instituto Nacional do Câncer, parte integrante do programa nacional de controle do tabagismo.

7. Reuniões periódicas da equipe do ESF envolvida no Projeto de Intervenção para discutir os métodos utilizados e resultados obtidos, avaliando se os objetivos da intervenção estão sendo adequadamente contemplados.

CRONOGRAMA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Seleção de usuários tabagistas que desejam aderir ao projeto.	X	X	X	X	X	X
Consulta interdisciplinar de avaliação inicial	X	X	X	X	X	X
Reunião de equipe para apresentação do projeto.	X					
Encontros para capacitação multiprofissional.		X	X	X	X	X
Reuniões do grupo de cessação do tabagismo.		X	X	X	X	X
Reunião de equipe para avaliação de resultados.				X	X	X

RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de grupos;
- Requisição para exames radiografia de tórax;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissional Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS;
- Listas com pacientes selecionados divididos por grupos;
- Boletins de atendimento coletivo;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
- Material informativo e de sensibilização ao paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Melhora da qualidade de vida.
- Redução das manifestações clínicas das doenças relacionadas ao hábito de fumar.
- Diminuição dos índices de morbimortalidade.
- Desenvolvimento de uma cultura de prevenção ao tabagismo.
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente e melhora da qualidade de vida.
- Buscar adesão ao tratamento, a cessação do tabagismo e o autocuidado.
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento e a continuidade do mesmo, estimulando sua independência e autonomia.
- Construir um ambiente de troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes do grupo terapêutico.
- Estimular a equipe ao desafio do desenvolvimento de práticas de intervenção.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)
- ISMAEL, S. M. C. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- ROSEMBERG, J. Pandemia do Tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002. 184 p.
- ROSEMBERG, J. Nicotina: droga universal. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003. p. 240.
- REICHERT, Jonatas et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. J. bras. pneumol. [online]. 2008, vol.34, n.10, pp.845-880. ISSN 1806-3713.
- VERNON, M. D. Motivação humana. Petrópolis: Vozes, 1973.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: Manual do Participante. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2001.

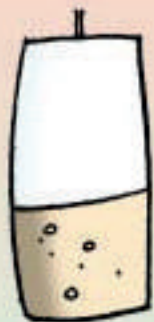
VOCÊ
ESTÁ QUERENDO
PARAR DE
FUMAR ?

VEJA COMO PARAR DE FUMAR SEM TER QUE VIRAR SUA VIDA DE CABEÇA PARA BAIXO

VEJA COMO PARAR DE FUMAR SEM TER QUE VIRAR SUA VIDA DE CABEÇA PARA BAIXO

VOCÊ
ESTÁ QUERENDO
PARAR DE
FUMAR ?

Para aqueles que não fumam, parar de fumar pode parecer algo simples. Basta querer.



Muitas vezes esta decisão é adiada para evitar o desconforto de ficar sem o cigarro. Outras, por acreditar que é possível parar a qualquer momento. Podemos ainda buscar o momento ideal ou esperar que a vontade e a certeza de querer parar de fumar apareçam!

Que tal pensar um pouco sobre essa decisão?



Alguns dados para você refletir

São cerca de 4.720 substâncias tóxicas existentes na fumaça do cigarro que trazem riscos à saúde do fumante. Além das mais conhecidas, como nicotina, alcatrão e monóxido de carbono, a fumaça contém também substâncias radioativas, como polônio 210 e cádmio (encontrado em baterias de carros).

MAS SERÁ TÃO

ÁCIL ASSIM ?

Mas você pode argumentar...

“Muitas pessoas fumam e não adoecem. Outras não fumam e adoecem”.

O importante é entender o que é se expor a riscos.

Por exemplo: se você atravessar uma rua movimentada de olhos fechados, poderá chegar ao outro lado sem se machucar - mas seu risco de ser atropelado é bem maior do que se você atravessar de olhos abertos na faixa de pedestres. Da mesma forma, se você fuma, está se arriscando mais do que aqueles que não fumam.

O QUE A CONTECE

Estatísticas revelam que os fumantes, comparados aos não fumantes, apresentam um risco

10 vezes maior de adoecer de câncer de pulmão;

5 vezes maior de sofrer infarto;

5 vezes maior de sofrer de bronquite crônica e enfisema pulmonar;

2 vezes maior de sofrer derrame cerebral.

Além destes riscos, as mulheres fumantes devem saber que

O uso de anticoncepcionais associado ao cigarro aumenta em 10 vezes o risco de sofrer derrame cerebral e infarto.

Grávidas fumantes aumentam o risco de

Ter aborto espontâneo em 70%;

Perder o bebê próximo ou depois ao parto em 30%;

O bebê nascer prematuro em 40%;

Ter um bebê com baixo peso em 200%.

DE BOM

SE VOCÊ PARAR?



Ao parar de fumar seu corpo vai recebendo benefícios constantes. Veja só:

Após 20 minutos
A pressão sanguínea e a pulsação voltam ao normal

Após 2 horas
Não há mais nicotina circulando no seu sangue

Após 8 horas
O nível de oxigênio no sangue se normaliza

Após 12 a 24 horas
Seus pulmões já funcionam melhor

Após 2 dias
Seu olfato já percebe melhor os cheiros e seu paladar já degusta melhor a comida

Após 3 semanas
Você vai notar que sua respiração se torna mais fácil e a circulação melhora

Após 1 ano
O risco de morte por infarto do miocárdio já foi reduzido à metade

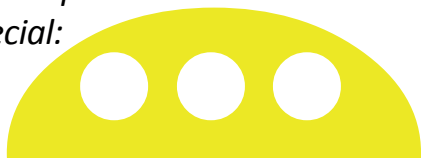
Após 5 a 10 anos
O risco de sofrer infarto será igual ao das pessoas que nunca fumaram

Fumar é um risco que podemos evitar.

DANDO O PRIMEIRO PASSO PARA UM SER NÃO FUMANTE

O mais importante é escolher uma data para ser o seu primeiro dia sem cigarro. Este dia não precisa ser um dia de sofrimento. Faça dele uma ocasião especial e procure programar algo que goste de fazer para se distrair e relaxar.

Anote aqui seu dia especial:



Você pode escolher duas formas para parar de fumar:

A Parada Imediata

Esta deve ser sempre a primeira opção. Você deixa de fumar de uma só vez, cessando totalmente de uma hora para outra.

A Parada Gradual

Você pode utilizar este método de duas formas:

1ª) Reduzindo o número de cigarros. Para isso, é só contar o número de cigarros fumados por dia e passar a fumar um número menor a cada dia.

2ª) Adiado a hora em que começa a fumar o primeiro cigarro do dia. Você vai adiando o primeiro cigarro por um número de horas pré-determinado a cada dia até chegar o dia em que você não fumará nenhum cigarro.

Se você escolher a parada gradual, não deverá gastar mais que duas semanas neste processo.



Mas atenção!

Lembre-se também de que fumar cigarros de baixos teores não é uma boa alternativa. Eles fazem tanto mal à saúde quanto os outros cigarros.

Cuidado com os métodos milagrosos para deixar de fumar. Se tiver dúvidas, procure orientação médica. Somente um médico poderá avaliar a utilização de outros métodos, como, por exemplo, adesivos de nicotina.

Muitos fumantes acreditam que só poderão parar de fumar se reformularem totalmente sua vida, e ficam imaginando que vai ser tão difícil que é melhor nem tentar.

PARAR DE FUMAR SIGNIFICA UMA MUDANÇA RADICAL

Você não precisa tornar-se um atleta, passar a ser vegetariano radical ou ter uma vida sem amigos e divertimento. Mas por que não aproveitar a oportunidade para rever sua rotina e fazer algumas mudanças para melhor?

Geralmente abusamos de alimentação desequilibrada e bebidas alcoólicas, levamos uma vida sedentária e acreditamos que os riscos de adoecer estão sempre muito distantes.

Invista



ICARAL EM SUA VIDA?

Repense sua rotina

Pense no que seria possível fazer para mudar sua rotina. Buscar atividades diferentes pode ajudar quando se está parando de fumar. Para quebrar as associações que existem entre fumar e sua rotina, é necessário planejar atividades para “colocar no lugar do cigarro”. Você deve manter seus prazeres e lazeres - sem cigarro.

Nesse período inicial, contudo, é melhor evitar certas situações até que você se sinta fortalecido para lidar com elas. Portanto, evite lugares com muitos fumantes!

Invista em seu preparo físico

Procure iniciar caminhadas, de preferência em lugares agradáveis. Se não gosta de caminhar, procure algum exercício ou esporte que lhe agrade. Preencha seu tempo com algo que você realmente goste de fazer. Dance, pratique jardinagem, cozinhe pratos diferentes, vá ao cinema, ao teatro, aos museus, ouça música, namore, leia, bata papo com os amigos etc. O importante é movimentar-se, cuidando do corpo e da mente.

O QUE PODE ACONTECER QUANDO VOCÊ

Fique de olho na alimentação!

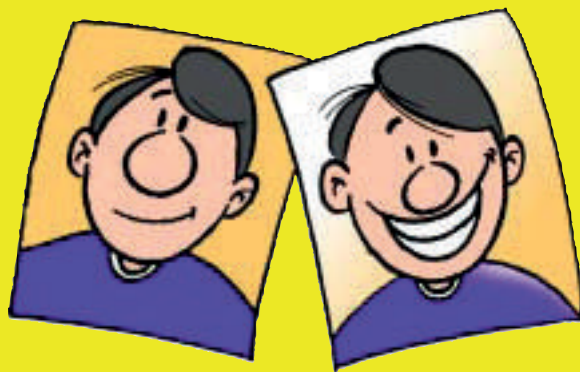
Se a fome aumentar, não se assuste, é normal um ganho de peso de até 2 quilos, pois seu paladar vai melhorando e o metabolismo se normalizando. De qualquer forma, procure não comer mais do que o de costume. Evite doces e alimentos gordurosos. Mantenha uma dieta equilibrada com alimentos de baixa caloria, frutas, verduras, legumes, etc. Para distrair a fome você pode comer balas ou chicletes dietéticos. Beba sempre muito líquido, de preferência água e sucos naturais. Evite tomar café e bebidas alcoólicas. Eles podem ser um convite ao cigarro. Procure trocá-los por chá e coquetéis sem álcool (como de frutas e tomate).



Lidando com a vontade de fumar

A pessoa que fuma fica dependente da nicotina, que é considerada uma droga. E daquelas bastante poderosas, pois atinge o cérebro em apenas 7 segundos. É normal, portanto, que os primeiros dias sem cigarros sejam os mais difíceis.

DEIXA DE FUMAR?



Ao parar de fumar você pode se sentir ansioso, com dificuldade de concentração, irritado, ter dores de cabeça e sentir aquela vontade intensa de fumar. Cada pessoa tem uma experiência diferente. Uns sentem mais desconforto, outros não sentem nada. Mas não desanime: tudo isso vai desaparecer no máximo em duas semanas!

PREPARE-SE
PARA NÃO
VOLTAR
A FUMAR E
CUID
COM AS
ARMADILHAS!

*Nos momentos
de estresse*

Quando perdemos alguém querido, passamos por dificuldades financeiras, problemas no trabalho, rompemos um relacionamento, a resposta automática pode ser o cigarro. Procure se acalmar e entender que momentos difíceis sempre vão ocorrer e fumar não vai resolver seus problemas!

*Se sentir muita
vontade de fumar*

Para ajudar, você poderá chupar gelo, escovar os dentes a toda hora, beber água gelada ou comer uma fruta. Mantenha as mãos ocupadas com um elástico, pedaço de papel, rabisque alguma coisa ou manuseie objetos pequenos. Não fique parado - converse com um amigo, faça algo diferente, distraia sua atenção.

Saiba que a vontade de fumar não dura mais que alguns minutos.



EVITE O PRIMEIRO CIGARRO E VOCÊ

*Exercícios: um
recurso saudável
para relaxar*



Respiração profunda

Respire fundo pelo nariz e vá contando até 6. Depois deixe o ar sair lentamente pela boca até esvaziar totalmente os pulmões.



Relaxamento muscular

Você pode esticar seus braços e pernas até sentir os músculos relaxarem.



Relaxamento mental

Nas horas em que a vontade de fumar apertar, procure desviar o pensamento para situações boas que você tenha vivido ou queira que aconteça. Tente fechar os olhos e lembrar de uma música que você goste e que lhe acalme.

Alguns ex-fumantes acabam voltando a fumar por estarem se sentindo tão bem que acham que podem fumar apenas um cigarro - ou só acender o cigarro do amigo. Mesmo uma só tragada pode levar você a uma recaída. Portanto, todo cuidado é pouco...

EVITARÁ TODOS OS OUTROS

*Recompense sempre seu
esforço*

Diariamente, guarde o dinheiro que você gastaria com o cigarro e conte-o ao final de cada semana. Pegue o dinheiro que economizou e compre um presente para você ou para quem gosta. Se preferir, saia para fazer um programa diferente. Se você não conseguir se segurar e fumar, não desanime!

A recaída não é um fracasso. Comece tudo novamente e procure ficar mais atento ao que fez você voltar a fumar.

O mais importante é não usar a recaída como justificativa para continuar a fumar.

Dê a si mesmo quantas chances forem necessárias até você conseguir!

OK



VOCÊ VENCEU!



Centro Colaborador da
Organização Mundial da Saúde
Programa Tabaco ou Saúde

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Cep 20231-130

<http://www.inca.gov.br>

