

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 ABERTA DO SUS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL
DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO
DE PEDRO OSÓRIO/RS**

PORTIFÓLIO FINAL

**TOMÁS DA CUNHA RECUERO
PEDRO OSÓRIO - RS
2016**

TOMÁS DA CUNHA RECUERO

PORTIFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família. Trabalho sob orientação da Dra. Ana Amélia Nascimento da Silva Bones, médica da Atenção Primária à Saúde, Mestre de Ensino na Saúde pela UFSCPA.

PEDRO OSÓRIO - RS
2016

SUMÁRIO:

1) INTRODUÇÃO	4
2) ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3) PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	11
4) VISITA DOMICILIAR	14
5) REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
REFERÊNCIAS	20
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
OUTROS ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Tomas da Cunha Recuero, nascido na cidade de Pelotas/RS, sou médico formado pela Faculdade de Medicina de Universidade Federal de Pelotas (Leiga/UFPel) no ano de 2015. Estou atuando como médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) desde março de 2016. Estou alocado atualmente no município de Pedro Osório, distante a 305km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, na unidade de saúde básica Dr. Guillermo Navarro.

O município de Pedro Osório tem uma extensão territorial de 605,789 km², e fica a 55km da cidade de Pelotas (Referência regional em saúde e educação) e a 305km da cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. Sua população atual é de 7.811 habitantes (segundo dados do IBGE 2010), desse total aproximadamente 532 pessoas moram em área rural e o restante é morador da área urbana do município. Pedro Osório se emancipou dia 03 de abril de 1959 dos municípios de Canguçu e Arroio Grande e a sua economia baseia-se na agricultura e na pecuária, existindo apenas uma empresa de médio porte na cidade ligada a construção civil. Seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,678 o que lhe dá a 2481^a colocação (Segundo dados do PNUD 2010). Sua população é predominantemente urbana conforme averiguamos a figura 1.

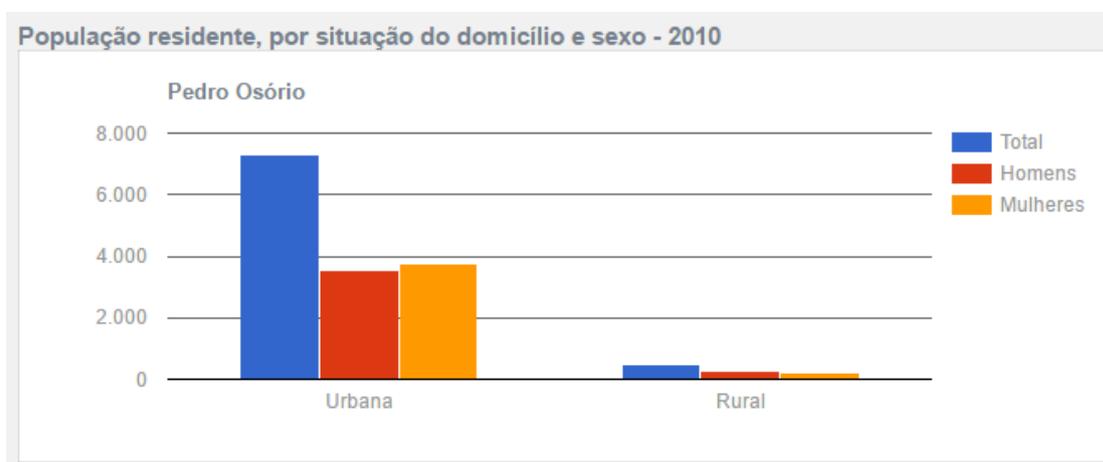


Figura 1: População urbana e rural no município de Pedro Osório/RS (IBGE 2010)

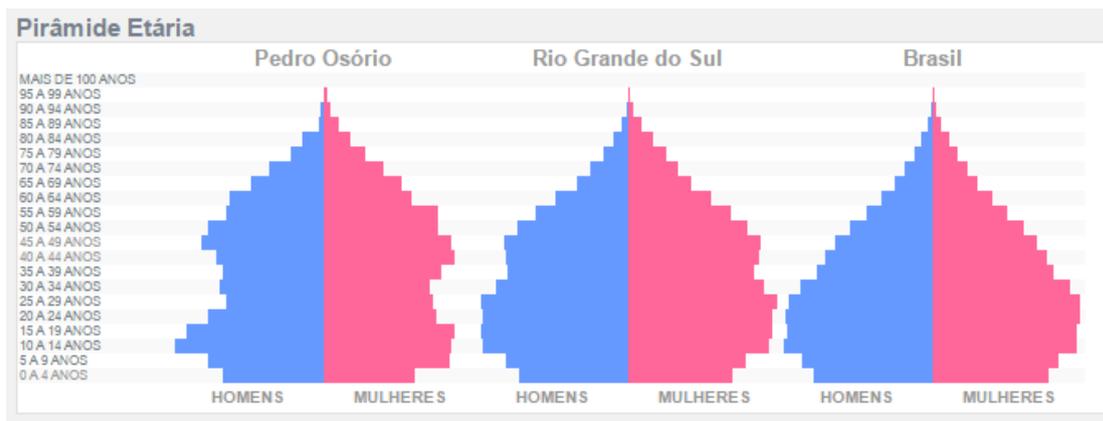


Figura 2: Pirâmide etária do município de Pedro Osório/RS comparada ao Estado e ao País (IBGE 2010)

Pedro Osório conta com duas unidades básicas de saúde, localizadas na região urbana: A UBS Dr. Guilherme Navarro composta por uma equipe de saúde (2 médicos, 1 enfermeira, 1 odontóloga, 4 técnicos de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde) e a UBS José Pedro de Almeida Leite composta também por uma equipe de saúde (1 médico, 1 enfermeiro, 1 odontóloga, 4 técnicos de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde). A população ainda conta com o Hospital Santa Casa de Pedro Osório, hospital filantrópico, que além de servir como retaguarda para os atendimentos de urgência e emergência, conta com a disponibilidade de 17 leitos SUS para internação clínica, 7 leitos SUS para internação pediátrica e 12 leitos SUS para internação em saúde mental e transtornos psiquiátricos.

A unidade básica de saúde Dr. Guilherme Navarro, a qual faço parte, está localizada no bairro Santa Tereza e tem uma abrangência de aproximadamente 3.902 habitantes. A áreas de atuação da unidade é formada por três grandes bairros:

- Bairro Paraíso: localização mais afastada da unidade, apresenta apenas uma associação de moradores onde são distribuídos diariamente refeições, fornecidas pela secretária municipal de desigualdade social. É o bairro mais carente da cidade, onde em sua grande maioria é composta por pessoas de baixa renda, analfabetos ou com baixo nível de instrução, desempregados e dependentes de programas sociais do governo. É a localidade que possui a menor intervenção dos gestores municipais, não apresentando nenhuma infraestrutura educacional, de saneamento básico ou de vias públicas. Esta é a única região sem agente comunitário de saúde o que acaba acarretando uma maior fragilidade na assistência a saúde.

- Bairro Santa Tereza: esse bairro é composto pela maior parte da área de abrangência da unidade. Possui um centro comunitário, três escolas de nível fundamental (uma estadual, uma municipal e uma particular) e a delegacia de polícia da cidade. A população local é composta por sua grande maioria de idosos; alfabetizados, com um nível social médio. O bairro não apresenta sistema de saneamento básico implementado, mas apresenta a maioria de suas ruas com calçamento e a presença de pequenos comércios locais em sua grande maioria familiares. Apresenta sob sua responsabilidade de cobertura três agentes comunitários de saúde.

- Bairro Centro: é a localização mais importante e rica do município. É onde está localizado o paço municipal, suas secretárias e todos os prédios públicos, além de duas escolas de ensino fundamental (uma municipal e uma estadual) e uma escola de ensino médio (estadual). A população que compõe essa região é a que possui melhor condição financeira e maior nível socioeconômico, com um nível de escolaridade alto. Esse bairro é responsável pelo maior fluxo financeiro da cidade, onde estão os bancos do estado e do Brasil, e os maiores comércios varejistas da cidade. É coberta por três agentes comunitários de saúde.

O atendimento da unidade é baseado nas diretrizes do ministério da saúde. São atendidos em média 28 pacientes todos os dias pelo turno da manhã (14 fichas para cada clínico), sendo dessas quatro fichas para agendamentos de idosos (marcadas em reunião de equipe) e quatro fichas para moradores do interior do município (marcadas por telefone); além de casos emergenciais, todos previamente triados pela equipe de enfermagem. No período da tarde existem as atividades da estratégia de saúde de família, onde são realizadas coletas de CP, puericultura, palestras em escolas, visitas domiciliares em pacientes idosos ou portadores de necessidades especiais, renovação de receitas presenciais, reunião semanal de equipe e grupos de hipertensos. Aqui abrimos um adentro para salientar que ainda não foi possível ser implementado pela equipe um pré-natal como o preconizado pelo ministério da saúde, devido a problemas enfrentados de cunho políticos e sociais. Existe ainda o atendimento odontológico que é realizado diariamente pela profissional, que ainda participa das atividades de ESF. A maior demanda da unidade são patologias crônicas como hipertensão, diabetes mélicos tipo 2, doenças psiquiátricas, dores crônicas, saúde sexual e reprodutiva, doenças periodontais, uso crônico de benzodiazepínicos e doenças senis.

Dentro desse levantamento, uma grande demanda observada foi de que em nenhum momento foi ofertado a população um programa de para controle do tabagismo.

Esse problema foi observado através da equipe em reunião semanal, e notou-se da importância na prevenção do tabagismo e combate do mesmo. Nos reunimos com a secretaria de saúde de Pedro Osório e levamos a demanda existente dentro da comunidade. Observa-se que no Brasil existe na saúde pública um grande número de doenças crônicas, limitações definitivas, internações e mortes devido ao uso do tabaco. Ainda é possível averiguar que no estado do Rio Grande do Sul há a maior taxa de incidência de pessoas dependentes do cigarro, atingindo 19% da população total (INCA 2008), em relação aos demais estados da nação, o que por si só já justificaria a aplicação de um projeto de intervenção como esse. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, a prevalência de tabagismo no Brasil é altíssima, atingindo 17,2% da população e tendo uma importância ainda maior na população entre 14 á 17 anos, que atinge uma média de 4,3% dessa população é dependente do tabaco. Frente a essa questão houve um interesse da equipe e formulou-se a criação de um Grupo de Controle do Tabagismo. Nos anexos consta o levantamento completo do programa de intervenção elaborado com seus objetivos, justificativas, sua revisão literária, bibliografia, metodologia, cronograma, recursos necessários e os resultados esperados.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O paciente C.L.C.R de 63 anos, hipertenso há 10 anos com pouca adesão ao tratamento, tabagista há 45 anos (2 maços/dia), em uso de hidroclorotiazida 25mg 1cp/dia e captopril 25mg 1cp/dia. Paciente chega a consulta inicial relatando picos hipertensivos e desejo de parar de fumar. Apresenta obesidade central, cansaço aos pequenos esforços e sedentarismo. Não faz acompanhamento médico há mais de 4 anos, fazendo apenas uso da medicação citada acima. Seu exame físico é o descrito abaixo:

BEG, LOC, MUC, AAA

PA: 170 x 110 mmhg

Ausculata cardíaca: rr, 2t,bnf, ss

Ausculata pulmonar: mv+, sem ruídos adventícios

Abdomem: rha +, globoso, indolor a palpação superficial e profunda

MMII: edemaciados, +/-++++, sem cacifu

Frequência Cardíaca: 89 bpm

Frequência Respiratória: 19 mrpm

Circunferência Abdominal: 105cm

Altura: 180 cm

Peso: 125 kg

IMC: 38,58

Paciente é casado, mora com a esposa e possui cinco filhos, três homens e duas mulheres. Aposentado do Banco do Brasil há 3 anos, estudou até o ensino médico completo. Nega outros sintomas e patologias familiares.

Na primeira consulta paciente recebeu orientações sobre mudanças de estilo de vida, controle da pressão arterial e orientações alimentares. Foram solicitados exames laboratoriais, raio-x de tórax e eletrocardiograma para avaliação de hipertensão. Houve ajuste da medicação em uso, passando o de 1cp de 25mg de captopril/dia para 1cp de 25mg 3xdia (manhã, tarde e noite – 8/8h). Ainda foi realizado o teste de Fagerstrom na consulta inicial para avaliação do grau de dependência do tabagismo e o paciente apresentou escore de 9 pontos em 10 possíveis.

Na consulta de retorno, 45 dias após a primeira, paciente retorna com laboratórios solicitados, traz controle da PA realizado diariamente nos últimos dias, sem queixas.

Controle de PA: variou entre 110 x 70 mmhg até 165 x 100 mmhg, sendo mais de uma aferição acima de 140 x 90 mmhg.

Laboratórios: hemograma 43; hemoglobina de 14,6; plaquetas de 255.000; leucócitos de 7000; colesterol total 235; hdl 65; ldl 145; triglicerídeos 210; ácido úrico de 7,3; glicemia de jejum 109; PSA 1,4.

Raio-X de tórax: Aumento da trama vascular, hiperinsuflado, sem outros achados significativos.

ECG: ritmo sinusal, FC 75 bpm, condução A-V adequada, ausência de arritmias de risco, alterações secundárias da repolarização

Paciente foi incluído no grupo de controle de tabagismo com controle, e foi prescrito Bupropiona 150mg – 1cp por 3 dias e após 1cp 2x ao dia para controle dos sintomas de abstinência. Paciente foi orientado a cessar o tabagismo imediatamente com o início do tratamento e realizar acompanhamento semanal por 4 semanas com equipe de suporte e após acompanhamento mensal. O grupo de tabagismo ainda não havia iniciado pela falta de medicações presentes na rede pública. Ainda foi orientado a realizar acompanhamento odontológico para avaliação da saúde bucal. Em relação ao quadro hipertensivo do paciente houve a substituição do uso do captopril de 25mg 1cp 3x ao dia para o uso de losartana de 50mg 1cp 2x ao dia.

Nas primeiras consultas de retorno o paciente relatou abstinência total ao uso de cigarro, mas sintomas de fissura, irritação, ansiedade e aumento do apetite estavam presentes. Quando iniciou o acompanhamento mensal o paciente relatou que após desavença com familiares e por problemas financeiros acabou fazendo uso do tabaco, mas em uma única oportunidade. Também nessa consulta médica houve uma nova avaliação do quadro de hipertensão e da aferição realizada pelo paciente, onde constatou-se que a mesma vinha mantendo-se em níveis de excelência. Ainda houve relato por parte do paciente que o mesmo havia iniciado atividade física diária para controle dos sintomas de fissura ao tabaco.

Na última consulta realizada para avaliação do controle do tabagismo, 6 meses após o início do tratamento, o paciente relatou abstinência completa ao tabaco, não tendo mais recaídas e melhora dos sintomas psicológicos relatados anteriormente. Após conversa com o paciente, optou-se em decisão conjunta a diminuição do uso de bupropiona de 150mg 1cp ao dia e avaliação trimestral.

Atualmente o paciente encontra-se após início do tratamento para hipertensão em níveis pressóricos excelentes, com mudanças drásticas no estilo de vida e com atividade física 3x por semana. O paciente manteve-se até o momento sem recaídas ao uso de tabaco e com nenhum ou quase nenhum sintoma de fissura. C.L.C.R também apresentou

diminuição importante do seu peso e IMC. Apresentando no momento peso de 97 kg e IMC de 28,3 além de uma perda de 15cm na circunferência abdominal, diminuindo drasticamente os riscos cardiovasculares. Em decisão conjunta, ao se fechar 12 meses de tratamento haverá uma solicitação de novos exames laboratoriais e uma nova avaliação física. Com a manutenção do tratamento e o acompanhamento rotineiro, será discutido em conjunto com o paciente, o desmame do uso da medicação (Bupropiona).

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Enfrentamos todos os dias inúmeras situações cotidianas em nossas unidades de saúde que nos mostram a necessidade de trabalharmos com a prevenção e a promoção em saúde. Na unidade Guilherme Navarro a situação não apresenta-se diferente. Em vista que no início de 2016, quando iniciamos nosso trabalho no ESF em Pedro Osório, houve a discussão e reunião de equipe sobre a importância da criação de um grupo de controle do tabagismo. Abordamos essa meta como um dos objetivos principais dentro da unidade, além do cadastramento dos usuários e definição das áreas de abrangência da unidade.

Criamos o grupo de tabagismo contendo, conforme já descrito, um médico, uma odontóloga, uma enfermeira e três técnicos de enfermagem. Iniciamos as atividades visando primeiramente os pacientes usuários de tabaco, e trabalhamos apenas com a abordagem de tratamento clínico e na terapia cognitivo comportamental para ajudar na cessação do uso do cigarro. Foram concretizados três grupos, onde a resposta inicial, acabou sendo muito positiva junto a população. Tivemos diversos paciente que haviam iniciado o trabalho de sessar o fumo, passando pelas diversas abordagens oferecidas pela equipe junto as reuniões semanais, quinzenais e mensais do grupo.

Com o a finalização desse último ciclo, vimos que a abordagem para sessar o tabagismo estava concretizada e poderíamos dar seguimento nela usando como plano piloto a experiência adquirida nos grupos iniciais. Abordamos que também deveríamos iniciar junto a população de risco (adolescentes) um projeto de conscientização junto as escolas municipais e estaduais de Pedro Osório. A equipe se reuniu por três semanas e elaborou um cronograma de palestras que seriam apresentadas nas escolas abordando quatros assuntos, três sobre o tabaco e um sobre DST's. Os assuntos seriam:

1° Palestra - Adolescência e o fumo:

Essa palestra abordaria os motivos que levariam os adolescentes a iniciar o consumo do tabaco, situações de afirmação social, problemas cotidianos que poderiam levar essa população a fumar. Usaríamos depoimentos de pacientes que iniciaram sua vida tabagica na adolescência, os motivos que os levaram a fumar e as consequências que hoje enfrentam devido ao uso crônico do cigarro.

2° Palestra - Cigarro é uma DROGA:

Nessa palestra abordaríamos as substâncias tóxicas que o cigarro contém, falaríamos das consequências a curto e longo prazo causadas pelo uso crônico, as principais doenças e a prevalência delas junto a população que fuma. Seria ainda aberto um debate entre os alunos sobre o que sabem sobre a nocividade do uso do tabaco e um ciclo de perguntas.

3° Palestra - Cigarro, Alcool e as outras drogas:

Aqui falaríamos de uma forma geral sobre a influência do cigarro e o álcool sobre as demais drogas. Sobre como essas substâncias se tornam a porta de entrada para o início do uso abusivo de outras drogas, como cocaína, maconha, crack, LSD, ecstasy e MD. Usaríamos o depoimento de ex-usuários de drogas para ajudar a compreensão dos alunos sobre os riscos do uso dessas substâncias. Aqui também haveria uma rodada de debates juntos aos profissionais de saúde e os convidados.

- DST's:

Essa seria a última palestra. Aqui falaríamos sobre as doenças sexualmente transmissíveis e os problemas que acarretam para os pacientes. Abordaríamos a importância do uso de preservativos nas relações sexuais, a importância da consulta junto a um profissional de saúde para avaliação e orientação quanto aos cuidados junto ao ato sexual. Também haveria uma rodada de debates e um momento para questionamentos.

Nossa população alvo seriam adolescente de 15 á 18 anos (alunos do ensino médio), das escolas públicas e privadas do município. Usaríamos

apresentações em powerpoint com ilustrações e vídeos retirados da internet, além da distribuição de folderes explicativos abordando as situações discutidas nas palestras. Seria solicitado junto as escolas autorização dos pais para falarmos sobre os assuntos propostos, visando uma boa aceitação da comunidade em geral. A proposta seria implementada no início do ano letivo de 2017, e com a autorização da secretaria de saúde haveria o reagendamento de pacientes e uma redistribuição do atendimento da UBS Guillermo Navarro nesse período. Haveria uma palestra semanal em cada escola, totalizando um mês de atividades por instituição, sempre sextas-feiras pela manhã. Cada palestra teria a duração de 30 minutos e teríamos mais 30 minutos para uma mesa de discussões e retirada de dúvidas junto aos alunos.

A idéia foi discutida em reunião e o projeto construído junto com a equipe para a implementação ainda neste ano, mas devido a troca de gestão e a minha saída do programa as atividades foram suspensas e reagendadas para um momento mais oportuno. Esse projeto previa uma abrangência total em termos de saúde. Trabalharíamos desde a prevenção, o tratamento para cessação e para evitar recaídas no uso do tabaco. Infelizmente vejo que o projeto não deve ser seguido a diante, mas a idéia ficou a disposição de toda a equipe e comunidade para implementação.

4 VISITA DOMICILIAR

Na UBS Guilherme Navarro, localizada no município de Pedro Osório, já existia a rotina de realização de visitas domiciliares, porém sem critérios e sem um acompanhamento longitudinal dos usuários. Visitas eram feitas de modo esporádico, a pacientes pontuais que muitas vezes não tinham a necessidade desse tipo de atendimento. Devido a isso, criou-se uma metodologia e um protocolo de atendimento domiciliar baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde. Se teve o entendimento de que atividades como essa são essenciais para o estabelecimento da qualidade de vida e prevenção em saúde dos usuários seguindo os princípios de equidade e universalidade do sistema único de saúde.

As visitas domiciliares foram esquematizadas a serem realizadas as quartas-feiras no período da tarde. A equipe seria composta por um médico e/ou um enfermeiro e/ou um técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde responsável pela área em que reside o paciente. Ficou estipulado que o ideal de atendimentos semanais, em média, seria de cinco usuários que apresentassem alguma das seguintes características a seguir: idosos com dificuldades de locomoção independente do seu estado clínico, deficientes físicos ou mentais, acamados, pacientes que passaram por procedimentos clínicos ou cirúrgicos e que requeressem acompanhamento médico ou da equipe de enfermagem, gestantes faltosas no pré-natal e pacientes em situação de vulnerabilidade social.

Para se dar início ao programa, foi solicitado junto a secretária municipal a disponibilidade de um motorista e um veículo da prefeitura para o deslocamento da equipe. Durante as reuniões semanais, pediu-se aos ACS que fizessem um mapeamento e o preenchimento de uma ficha cadastral dos usuários que contemplassem alguma das características acima citadas. A partir dessa lista se identificou os pacientes com necessidade de visitas regulares da equipe de saúde, e a partir dela se iniciou os trabalhos. Durante as visitas iniciais a equipe de saúde triou a necessidade de cada paciente, e avaliou a continuidade das mesmas, que poderiam ser semanais, quinzenais, mensais, bimensais, semestrais ou anuais. Ainda nas reuniões semanais eram repassados pelos ACS a existência de novos pacientes em suas localidades que necessitassem de um acompanhamento médico e acabavam incluídos na lista de visitas domiciliares. Caso existisse alguma intercorrência clínica que requeresse atendimento de urgência os pacientes e seus familiares ou responsáveis, eram orientados a procurar o serviço de urgência, caso fosse alguma situação que pudesse aguardar, os mesmos entravam em

contato via ACS ou por telefone com a UBS e passavam a gravidade do caso, e nas reuniões semanais os casos eram discutidos e as visitas programadas, caso fossem necessárias.

Para a realização das visitas domiciliares a equipe, geralmente, se deslocava por transporte fornecido pela secretaria de saúde até as residências dos pacientes. Na chegada havia um protocolo de identificação de todos os membros ao paciente e seus responsáveis. Havia uma avaliação dos sinais vitais, respeitando a característica clínica de cada paciente, pela equipe de saúde e posteriormente a entrevista e avaliação médica ou da enfermagem. Ainda durante as visitas, os ACS aproveitavam para atualizar o cadastro dos usuários e quando necessário faziam atividades ligadas ao combate a dengue e passavam informações pertinentes aos usuários. Nos períodos de campanha de vacinação, aproveitava-se a oportunidade e o cadastro prévio realizado, para a imunização do público alvo, assim atingindo um número maior de pessoas imunizadas. Pacientes que haviam passado por procedimentos cirúrgicos ou que necessitassem de avaliação de feridas ou lesões ulceradas de pele, poderiam receber visitas apenas da equipe de enfermagem que faziam uma avaliação e se necessário passavam ao médico as condições e as características de cada lesão, através de relato verbal e fotos tiradas. Essas visitas poderiam ser realizadas em dias separados, dependendo da disponibilidade de transporte oferecido pela prefeitura. Ainda se apresentou em reunião, uma proposta de que a odontóloga da unidade, quando fosse necessário, poderia acompanhar a equipe para realizar uma avaliação odontológica dos pacientes, mas tal proposta não chegou a ser colocada em prática devido a mudança de gestão e a troca da equipe médica.

Durante esse ano de atendimento que acompanhei, a equipe de saúde enfrentou diversas dificuldades durante esse processo, houve por diversas vezes falta de transporte, cuja responsabilidade era da prefeitura do município, que mesmo após diversas reuniões e combinações, não solucionava o fato. Isso causava um transtorno aos usuários e a equipe, que por diversas vezes acabavam se deslocando a pé para dar conta da demanda da unidade. Outro fator que dificultava a visita domiciliar era a falta de material necessário para avaliação, como fitas de hgt, falta de materiais para curativos e péssimo estado de materiais. Essas intercorrências acabavam dificultando muito a manutenção das atividades, causando transtorno ao usuário que por diversas vezes não compreendia o ocorrido, diminuindo a confiança na equipe de saúde.

Mesmo com os problemas citados, com certeza houve um ganho muito grande para a comunidade e para a equipe médica. Conseguiu-se elaborar uma didática de

trabalho que foi difundida para as demais equipes de saúde do município, que também iniciou atividades de forma simular aos usuários de outras áreas. Houve um legado deixado para a comunidade de Pedro Osório, de que a prevenção é a melhor maneira de manter a qualidade de vida e saúde do paciente. Diversos pacientes foram beneficiados e tiveram suas enfermidades tratadas ou amenizadas, de uma forma em que sempre se buscou a longitunidade no acompanhamento.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Iniciei minhas atividades na UBS Guillermo Navarro, no município de Pedro Osório, em março de 2015 e as concluí em fevereiro de 2016. Logo no início cheguei com bastante receio, preocupado com inúmeras situações e dificuldades que poderia me deparar. Nos primeiros dias tive o prazer de ver que minha equipe de saúde era muito boa, todos preocupados em realizar o melhor atendimento e oferecer o seu melhor aos usuários da rede, muito respeitosos e educados. Vi que aquele local seria ótimo para colocar em prática os conhecimentos adquiridos por mim durante a faculdade, seguindo sempre as premissas estabelecidas pelo Serviço Único de Saúde e Ministério da Saúde: longitudinalidade, equidade e universalidade.

Após reunião com a secretária de saúde e com os membros da UBS, estabelecemos as metas e as mudanças para qualificar o atendimento dentro da unidade. Organizamos o serviço como demanda espontânea, abrimos 14 fichas de atendimento clínico pela manhã, sendo duas fichas para agendamento de moradores do interior e duas fichas agendadas para idosos e pacientes com alguma deficiência física. Todo o paciente que chegasse na unidade passaria por uma avaliação da equipe de enfermagem e caso fosse necessário, pela do médico. Na nossa agenda as atividades da estratégia foram colocadas a tarde, na terça-feira foi criado o Grupo de Controle do Tabagismo, demanda levantada como fundamental dentro da UBS e do município, na quarta-feira realizávamos as visitas domiciliares, pré-agendadas em reunião de equipe, na quinta-feira havia a renovação de receitas com horário agendado tendo em média 25 renovações por dia, e na sexta-feira no período da tarde acontecia a reunião de equipe, com a presença de todos os profissionais da unidade.

Com o início da especialização em saúde da família em maio de 2016, houve um crescimento muito grande pessoal e profissional. Com a aquisição dos conhecimentos ministrados pelas aulas e pelas atividades realizadas através do UNASUS da UFCSPA elaboramos a tomada de conduta clínica aos pacientes e a organização e gerenciamento da UBS. Iniciamos um recadastramento da área junto com os agentes de saúde e a transição dos prontuários simples para prontuários de família. Aqui esbarrei no primeiro obstáculo dentro da unidade: a dificuldade de lidar com a equipe. Infelizmente a SMS não cobrou essa atividade aos ACS e não foi possível efetuar o cadastro de todas as áreas e a divisão dos prontuários em famílias que tornaria o serviço mais eficaz e dinâmico, mas a proposta ficou para ser implementada durante esse ano.

Foi realizado a capacitação para a implementação do grupo de controle do tabagismo em julho, e iniciado o cadastro dos usuários que seriam contemplados ao programa. Todos os usuários passaram por uma entrevista médica inicial, onde foi usado o Teste de Fergünstrom (em outros anexos) para classificação de dependência a nicotina e direcionamento do tratamento: acompanhamento apenas com TCC em grupo e uso de diminuidores de abstinência (goma e adesivos de nicotina), realizado pelo médico e pela enfermeira da unidade, ou TCC mais medicação e diminuidores de abstinência (bupropiona, adesivos e gomas de mascar). Foram montados três grupos durante o período de outubro de 2016 á fevereiro de 2017, o atraso ocorrido no começo foi motivado pela falta de adequação do município para aquisição dos medicamentos junto a secretaria estadual de saúde (3° coordenadoria de saúde) e a capacitação da enfermeira da unidade. Também não houve interesse dos psicólogos do município em ajudar na criação do grupo. Durante as atividades realizou-se diversas palestras baseadas nas cartilhas fornecidas pelo MS (em outros anexos), abordando principalmente as questões da importância de sessar o tabagismo, a abstinência e como não apresentar recaídas. Os resultados até então foram muito bons, diversos pacientes haviam sessado o tabagismo e outros tantos mantinham acompanhamento e ideação de uma nova tentativa para sessar o tabagismo. O acompanhamento do grupo se deu até fevereiro, quando houve o desligamento médico do serviço.

As atividades relacionadas ao pré-natal e ao acompanhamento de puericultura não tiveram mudanças drásticas no seu funcionamento. Havia a presença de profissionais especialistas na área, que mantiveram certa restrição na abordagem orientada pela equipe a esse grupo de pacientes específico (gestantes e crianças). No geral na parte do atendimento pediátrico o profissional pediatra seguia as orientações do MS, e mantinha uma agenda bem clara em relação a puericultura, realizando um atendimento nos turnos da tarde. Já o profissional ginecologista contratado pelo município, realizava em um único turno da semana o atendimento ginecológico e de pré-natal das usuárias da rede, fato que contribuiu para o pior índice de baixo peso da região. Mesmo após uma tentativa de organização do serviço, que ocorreu após reunião com a 3° CRS, houve uma resistência muito grande da SMS em mudar a forma que era conduzida o pré-natal no município, segundo a alegação feita era de que passávamos por um período eleitoral e isso não traria benefício para a gestão atual.

Faço algumas reflexões do que presenciei durante esse ano de atividade junto ao PROVAB e ao serviço de saúde da família. Nesse período aprendi, por diversas vezes,

que muito da luta para uma qualificação do serviço de saúde esbarra em questões meramente políticas e eleitoreiras, o que dificulta em muito as demandas vividas na unidade. Por diversas vezes presenciei perseguições políticas aos membros da minha equipe de ESF, e muitos foram constrangidos durante o exercício de sua profissão. Infelizmente vejo que apesar do nosso esforço junto a qualificação do atendimento SUS aos seus usuários, enfrentamos na maioria das vezes problemas criados pela própria gestão, ou por falta de interesse ou por ignorância de conhecimento. Mas houveram momentos bons, momentos de alegria e de grande aprendizado. Vi como é importante e fundamental a atuação da atenção básica, e principalmente o quanto a especialização em saúde da família corroborou para melhorar meu atendimento e atuação junto a população. Muito do que foi discutido durante as atividades estudadas na especialização serviram para ajudar a melhorar o nosso serviço de saúde.

Além do conhecimento e da capacitação em saúde da família, levo muito do carinho que cada paciente demonstrou a nossa equipe na nossa tentativa de oferecer um SUS digno e de qualidade. Sempre terei guardado o sentimento de esperança junto ao serviço e levo comigo grandes histórias vividas e grandes amigos que ganhei durante o período em que me dediquei a essa atividade. Fica aqui meu agradecimento a todos os professores, orientadores, pacientes e colegas de trabalho pela ajuda e dedicação do seu tempo junto a mim, tanto na minha qualificação, como no meu trabalho.

REFERÊNCIAS

- AMP. Associação Médica Brasileira. Tabagismo. Revista debates em psiquiatria clínica, Ano 1, n.1, p. 30-40, Jan/Fev 2011.
- BANDINI, M. Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional de empresa do ramo alimentício. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Departamento de patologia. São Paulo, 2006. 246p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 63 p. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340370239Dir_Assist_Saude_Mental_S.pdf. Acesso em: 22 abr. 2014.
- BRASIL. Presidência da Republica. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas: cartilha sobre tabaco/Secretária Nacional de políticas sobre drogas. – Brasília: Previdência da Republica, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas 2010.
- BRASIL. Associação Médica Brasileira. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes clínicas na saúde suplementar. São Paulo, 2011. <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.
- CAMPOS, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2a ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p. : il.
- CARDOSO, A. R. Tabagismo entre adolescentes: tabagismo como problema de saúde pública no mundo e no Brasil. 2011. In Tabagismo: Relevância da temática na educação. Ano XXI Boletim 06 - Maio 2011. ISSN 1982 – 0283. Disponível em: <http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/15013006-Tabagismo.pdf>
- DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O.; GIBERTINE, M. Self-Efficacy and the Stages of Self-Change of Smoking. Cognitive Therapy and Research, v. 9, n. 2, p. 181-200, 1985. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01204849#close> >. Acesso em: 21 jul. 2014.
- FERREIRA, J. P. Enciclopédia dos Municípios Brasileiros. 1a edição. Volume XXVII, 1959. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/saomigueldoanta.pdf>
- GORIN, S. S.; HECK J. E.; Meta-analysis of the efficacy tobacco counseling by health care providers. Cancer Epidemiol Biomarkers, v. 13, dez. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598756>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

HALTY L. S.; HUTTNER M. D.; NETTO I. C. de O.; SANTOS V. A.; MARTINS G.; Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Pneumol*, v. 28, n. 4, jul.ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 14 jan. 2013

INCA. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de controle de tabagismo e prevenção primária. Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, INCA; 1996. Disponível em: http://www.faac.unesp.br/pesquisa/nos/olho_vivo/porque_fumamos/out_inf.htm Acesso em: 14 jan. 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ação global para o controle do tabaco: por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil. 3 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, INCA, 2004.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Políticas antitabagismo no Brasil já salvaram mais de 400 mil vidas. 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/politicas_antitabagistas_ja_salvaram_mais_de_400_mil_vidas_brasil. Acessado: 10 dez. 2012.

MICHAEL, C.; FIORE, M. D.; M. H. P.. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 5, p. 158-176, ago. 2008. Disponível em <[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(08\)00332-2/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(08)00332-2/fulltext)> Acesso em: 27 maio 2014.

MIRANDA, Vinícius Leles . Proposta de intervenção para redução do tabagismo no município de São Miguel do Anta - MG. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Belo Horizonte, 2014. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

PEREZ, C. A.; MENDES, F. L. Tabagismo: relevância da temática na educação. *TV Escola/ Salto para o Futuro*, Ano XXI Boletim 06 - Maio 2011 p.4-19. Disponível em: www.tvbrasil.org.br/salto

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.19, n.2, p.439-448, 2014. ISSN 1413-8123.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E. Brasília: SENAD, 2010. 503 p. ISBN: 978-85-60662-63-0

SERRADILHA, A. de F. Z.; RUIZ-MORENO, L.; SEIFFERT, O. M. L. B.. Uso de tabaco entre estudantes do ensino técnico de enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 479-487. ISSN 0104-0707.

WHO. World Health Organization. Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization. Geneva (CH): WHO; 2001.

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Projeto de Intervenção

Implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Município de Pedro Osório/RS

Tomás da Cunha Recuero

Pedro Osório, Abril de 2017

SUMÁRIO:

1	Introdução.....	5
2	Justificativa.....	8
3	Objetivos.....	9
	a. Objetivos Gerais.....	9
	b. Objetivos Específicos.....	9
4	Revisão de Literatura.....	10
5	Metodologia.....	12
6	Cronograma.....	15
7	Recursos Necessários.....	17
	a. Recursos Humanos.....	17
	b. Recursos Físicos.....	17
	c. Recursos Políticos.....	17
8	Resultados Esperados.....	18
9	Referencias Bibliográficas.....	19
10	Anexos.....	22
	a. Teste de Fagerstrom.....	22
	b. Cartilhas do Ministério da Saúde.....	23

Siglas

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
BIREME – Biblioteca Regional de Medicina
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CONICQ – Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
CQCT – Convenção Quadro de Controle do Tabaco
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFCSPA – Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre
UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Projeto de Intervenção

Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Implementação no Município de Pedro Osório/RS

Resumo

Esse projeto de intervenção é uma proposta de implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no município de Pedro Osório junto aos usuários que fazem parte da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Guilherme Navarro. Atualmente é possível de ser visto na saúde pública um grande número de doenças crônicas, limitações definitivas, internações e mortes devido ao uso do tabaco. Sabe-se que no Rio Grande do Sul há a maior taxa de incidência de pessoas dependentes do cigarro entre todos estados do país e, por isso, justifica-se a aplicação de medidas mais intensivas de controle do tabagismo no nosso meio.

A metodologia envolve, além de uma revisão bibliográfica completa junto aos manuais do Ministério da Saúde e bases de pesquisa (LILACS/Bireme, Pubmed), a busca de material de divulgação para a população. Além disso, o plano também conta com a capacitação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família para exercer, junto à população, ações de educação em saúde.

Este trabalho tem como objetivo final elaborar um plano de intervenção através do trabalho de conclusão de curso de especialização de Saúde da Família do UNASUS-UFCSPA. Consequentemente, tem como objetivo final reduzir a prevalência e a morbimortalidade associada ao tabagismo na cidade de Pedro Osório, no Rio Grande do Sul.

Palavras chaves: Tabagismo, controle do tabagismo, hábito de fumar, atenção primária de saúde.

1. Introdução

O município de Pedro Osório situa-se ao Sul do Estado do Rio Grande do Sul, com uma população de 7.811 habitantes em 2010, sendo estimado um total de 8005 habitantes em 2016. Possui uma área total de 608,789 km² (IBGE 2015), distando 357 quilômetros da capital do Estado. Tem um Índice de Desenvolvimento Humano baixo, se comparado ao resto do contexto brasileiro, de 0,678 – 2481ª colocação - conforme dados da PNUD de 2010. Possui uma população predominantemente urbana, como pode ser visto na figura 1. Também segundo dados do IBGE, há discreto predomínio de população feminina em relação à masculina.

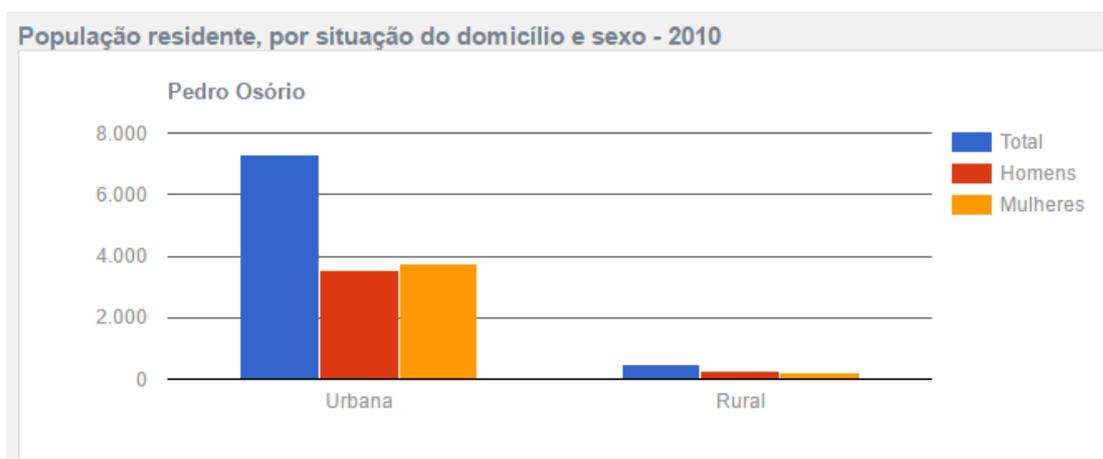


Figura 1: População urbana e rural no município de Pedro Osório/RS (IBGE 2010)

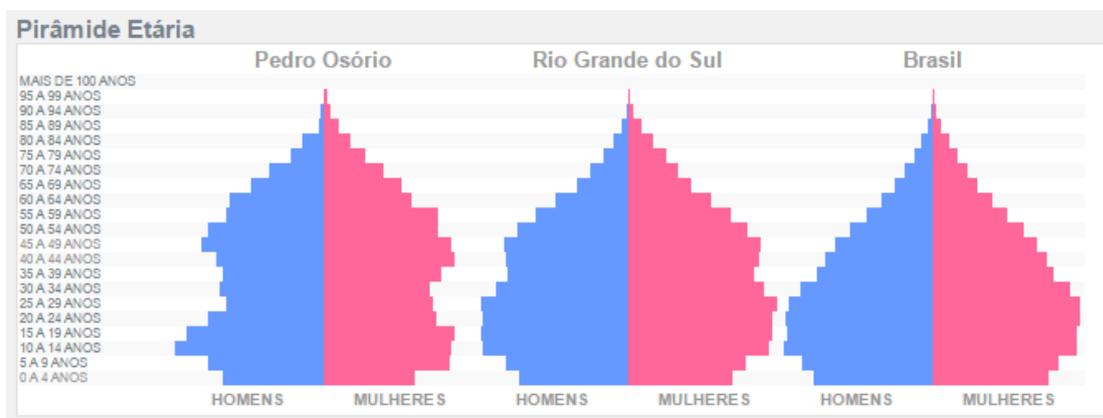


Figura 2: Pirâmide etária do município de Pedro Osório/RS comparada ao Estado e ao País (IBGE 2010)

Na rede primária de saúde do município existem duas unidades básicas de saúde – UBS Guillermo Navarro e UBS José Pedro de Almeida Leite, sendo as duas situadas na área urbana da cidade. Não há atenção primária na zona rural do município, a não ser que o médico seja deslocado para visita domiciliar.

A estrutura hospitalar conta com a Santa Casa de Misericórdia de Pedro Osório, que possui tanto leitos cirúrgicos e obstétricos como clínicos - adulto e pediátrico. Em caso de necessidade de referenciar pacientes a outras especialidades ou a maiores níveis de complexidade, os mesmos são encaminhados a outros municípios próximos, como Pelotas, Rio Grande ou Piratini.

Há duas equipes de saúde da família no município, uma em cada UBS. A UBS Guillermo Navarro, local inicial de realização do projeto é composta por 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 dentista e 6 agentes comunitários de saúde. Já a equipe da outra unidade é formada por 1 médico, 2 enfermeiras, 1 dentista e 8 agentes comunitários de saúde. Nenhuma das duas possui nutricionista, psicólogo ou qualquer outro profissional de nível superior. Não há NASF no município, que também não conta com CAPS.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008) a prevalência de tabagismo no Brasil chega a 17,2% da população, 18,2% homens com mais de 18 anos são fumantes já 11% mulheres acima dos 18 anos são tabagistas. Outro aspecto importante visto hoje em nossa sociedade é a taxa de fumantes nas faixas etárias mais jovens. Adolescentes entre 14 e 17 anos tem uma prevalência estimada em 3,4% do total de habitantes do país.

Ainda segundo dados da mesma fonte, o Rio Grande do Sul é atualmente o estado com maior número de tabagistas, totalizando 19% da população adulta, com uma mortalidade estimada em 0,036 por mil habitantes. É importante ressaltar que tal taxa também pode estar associada a questões econômicas ímpares locais, por se tratar também de uma das maiores regiões produtoras de fumo do país. Apesar de não se saber a prevalência do tabagismo no município de Pedro Osório, presume-se que, pelo contexto nacional e estadual atual, temos taxas semelhantes e igualmente altas na população desse município.

Ações de controle e combate ao tabagismo são necessárias em todas as frentes da saúde pública do país, mas principalmente na atenção básica, por ser considerada a porta de entrada - o primeiro contato da população com o sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, através da intervenção proposta, têm-se a intenção de a partir da atenção primária,

atingir todos os setores da sociedade, atuando no tratamento de paciente dependentes do tabaco e principalmente na prevenção da morbimortalidade da população como um todo.

2. Justificativa

O Programa Nacional de Combate ao Tabagismo é uma proposta bastante ampla de trabalho. Trata-se não somente de um projeto relacionado ao SUS, mas também de uma política de manutenção de ambientes livres de tabaco (leis que não permitem o fumo em locais fechados, por exemplo), rotulação de embalagens com mensagens especiais, aumento de impostos e custos para determinados produtos, entre muitos outros. Para o paciente tabagista em si, a Convenção Quadro de Controle ao Tabagismo (2005) sugere a criação dos programas de combate ao hábito de fumar, conforme o objetivo principal desse projeto.

Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012) as ações desenvolvidas no Brasil para o controle do tabagismo possuem um impacto importante, pois caso o país não houvesse implantado essas políticas públicas, o percentual de fumantes atual seria de 31%, o que significaria prevalência aproximadamente duas vezes maior do que a identificada em 2010.

Após o início das atividades do PROVAB no município de Pedro Osório, identificou-se um percentual bastante elevado de tabagistas e pacientes com comorbidades relacionadas ao hábito tabágico na população municipal. Foi possível também perceber a carência de uma política pública direcionada ao combate ao uso do tabaco.

Devido a estes dados apresentados e da experiência nacional de sucesso nesse meio, justifica-se a intenção do projeto de instituir o Programa Nacional de Combate ao tabagismo no município proposto.

3. Objetivos

3.1 Objetivos Gerais

- Elaborar um plano de intervenção junto ao município de Pedro Osório, com ações educativas para auxiliar o acompanhamento de pacientes, realizando a prevenção das complicações relacionadas ao tabagismo, através da implementação do Programa Nacional Contra o Tabagismo

3.2 Objetivos Específicos

- Criação do grupo de controle do tabagismo na unidade Dr. Guilherme Navarro, com acompanhamento psicológico, médico, de enfermagem, de dentista e de educadores físicos;
- Multiplicação da capacitação aos demais profissionais da UBS
- Integração dos profissionais da UBS em uso do tabaco aos grupos
- Acompanhamento e educação continuada dos pacientes dependentes do tabaco;
- Projeto de educação nas escolas do município com palestras voltadas ao combate ao tabagismo para educação de adolescentes e crianças;
- Distribuição de material informativo a respeito do tabagismo para a população em geral, através das visitas dos ACS

4. Revisão da Literatura

Um cigarro possui mais de quatro mil substâncias tóxicas como: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, etc. Além disso, conta com um total de 43 substâncias cancerígenas, as principais delas arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas. Devido a sua toxicidade, o total de mortes no mundo, decorrentes do tabagismo, é atualmente, cerca de 5 milhões ao ano e se tais tendências de expansão forem mantidas, as mortes causadas pelo uso do tabaco alcançarão 10 milhões/ano em 2.030. No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (OMS, 2002). Ademais, considerando o problema de dependência química, a nicotina é considerada pela OMS a principal droga psicoativa de uso recreativo na população mundial.

Ainda segundo dados da OMS, através do Relatório sobre a epidemia global de tabagismo de 2015, essa condição é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, com 63% dos óbitos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis. O hábito de fumar é responsável por 85% das mortes por doenças pulmonares crônicas (doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, bronquite). Além disso, é fator de risco para diversos tipos de neoplasias, como: faringe, boca, pulmão, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, colo uterino, fígado, e diretamente ligado a doenças coronarianas e cerebrovasculares (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, angina) – maiores causadoras de morte no nosso meio. É também fator de predisponente para desenvolvimento de outras tantas doenças como tuberculose, infecções respiratórias, doenças gastrointestinais, impotência sexual entre muitas outras.

Não se pode deixar de citar que, além de todos os riscos inerentes e consequências diretas do tabagismo, existe ainda um percentual enorme de pessoas que infelizmente têm contato com o tabaco mesmo sem exercer o ato de fumar. A exposição involuntária à fumaça do tabaco pode trazer as mesmas consequências de um tabagista ativo. Desde reações alérgicas, quando há exposição por períodos curtos, até mesmo doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasias de pulmão naqueles com longos períodos de exposição. Sabe-se também que crianças expostas ao tabagismo desde muito cedo têm diversas comorbidades associadas, como aumento das infecções respiratórias e exacerbações de doenças crônicas como a asma, rinite alérgica e dermatite atópica.

Devido a evidenciação desse grande problema de saúde pública no mundo, principalmente identificado nas nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, as organizações de saúde iniciaram a partir da década de 90 uma grande mobilização para o controle dessa epidemia. Mais especificamente no nosso país, o INCA lidera a formulação e prática de políticas de saúde contra o tabagismo desde a década de 1980. A partir de 2005 estas ações foram intensificadas após da adesão do país ao pacto mundial denominado Convenção Quadro para Controle do Tabaco – primeiro tratado internacional com vistas ao controle do hábito de fumar. Desde então nota-se um aumento das políticas públicas nesse terreno e os programas nacionais, estaduais e municipais são uma consequência da expansão das ideias e diretrizes da CQCT.

Fazem parte das ações propostas pela CQCT diversas frentes de atuação e uma delas é a criação de práticas de grupos de apoio aos pacientes que fazem uso do tabaco. É a partir da criação da comissão Nacional para Implementação da CQCT (CONICQ), não esquecendo da esfera Estadual de trabalho e das suas responsabilidades, que se deu início aos diversos grupos país afora, com múltiplas experiências compartilhadas desde então. (MIRANDA, 2014)

5. Metodologia

O presente projeto que tem por objetivo a criação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo no município de Pedro Osório/RS. Inicialmente, ampla revisão da literatura e busca nas bases de dados foi realizada para dar início ao projeto, afim de conhecer os dados epidemiológicos da região e do país, além de encontrar experiências semelhantes para que falhas fossem prontamente reconhecidas e exemplos de sucesso pudessem ser seguidos.

Devido à necessidade de aprendizado dos profissionais, é necessário que alguns membros da Equipe de Saúde da Família sejam designados a realizar o curso de capacitação. Frente à indisponibilidade de ser realizado no próprio município, os profissionais que realizarem o mesmo deverão reproduzi-lo, posteriormente ao restante dos profissionais da equipe o conhecimento adquirido durante a capacitação.

O planejamento inclui a busca ativa da população tabagista através do auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, que, durante as visitas mensais aos domicílios, deverão questionar a respeito do uso do tabaco e informar a respeito do início das atividades dos grupos. Ademais, a demanda espontânea de usuários que procurar pelo grupo diretamente na UBS será também acolhida, mesmo que sejam moradores da área de abrangência da outra UBS (nome), pois num momento inicial somente a UBS Guilherme disponibilizará o grupo.

Posteriormente existe como plano a expansão da capacitação aos demais profissionais do município, como forma de descentralização dos grupos e de uma possibilidade de maior número de pessoas serem acompanhadas. Portanto, o acompanhamento com o Grupo de Tabagismo deverá ser oferecido obrigatoriamente a toda população interessada. Além disso, o grupo deverá ser ofertado também aos profissionais atuantes dentro da UBS que são tabagistas e tenham interesse em cessar o hábito.

Os pacientes, antes de darem início ao acompanhamento, deverão ser submetidos à avaliação clínica completa em pelo menos uma ocasião durante o processo de seleção. O preenchimento de uma ficha de cadastro no grupo deverá ser realizado, onde serão levantados por meio da anamnese a história pregressa do paciente do âmbito clínico e psicológico, como comorbidades e uso crônico de medicações. Serão realizadas de forma imprescindível a aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e

respiratória e temperatura axilar), medida de peso e altura e avaliação do sistema cardiorrespiratório através do exame físico.

Por fim será aplicado o Teste de Fagerstrom (anexo 1), que trata-se de um teste simples contendo seis perguntas que auxiliam a estimar o grau de dependência do paciente à nicotina. O mesmo classificará os pacientes em três grupos: baixa dependência (até 4 pontos), média dependência (de 5 a 6 pontos) e elevada dependência (de 7 até 10 pontos), com abordagens terapêuticas diferentes para cada um dos grupos, conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Os pacientes com pontuação menor que 5 no Teste de Fagerstrom – baixa dependência – questionados a respeito da quantidade, tempo e uso do tabaco. Deverá ser feita uma avaliação do grau de motivação e a partir de então o aconselhamento e preparação para parar de fumar. Inicialmente estimulados a marcar a data de cessação nos 10 dias após a entrevista, analisar motivos que o levam a fumar e construção de um plano de ação. Além disso, é papel do profissional de saúde informar sobre sintomas de abstinência da nicotina, ofertando apoio.

Serão usados mais de um método para cessar o tabagismo. O primeiro deles é o de parada abrupta, onde o paciente de uma só vez abole o uso do tabaco. Existe ainda o método de parada gradual que pode ser dividido de duas formas: redução, onde o paciente reduz gradativamente o uso do cigarro, diminuindo uma média de 5 cigarros dia até chegar a nenhum cigarro/dia, ou ainda o método do adiamento, onde o paciente começa a postergar durante o dia o uso do primeiro cigarro até atingir um dia inteiro (24h) sem uso de cigarro. Esse grupo de dependência baixa participará das atividades do Grupo de Controle de Tabagismo mensalmente.

Já os pacientes que se encaixam como média e alta dependência, desde que não tenham nenhuma contraindicação, deverão fazer uso de fármacos no auxílio à cessação do tabagismo. As medicações disponibilizadas via SUS são a Bupropiona e os Adesivos de Nicotina. Os mesmos participarão de quatro sessões iniciais estruturadas de forma semanal seguidas de duas sessões quinzenais com os mesmos participantes. Após esse primeiro período haverá encontros mensais abertos, com a possibilidade de participação de outros grupos, com reavaliação (consulta) mensal para prevenção de recaídas até que se completem 12 meses.

Todos os participantes de grupos, de todos graus de dependência, deverão receber a cartilha do Ministério da Saúde (Anexo 2)

A logística a respeito da medicação (Bupropiona e Adesivos de Nicotina) se dará através da parceria com a Secretária Estadual de Saúde. Os medicamentos serão enviados à farmácia municipal diretamente da farmácia estadual, de acordo com o número de participantes.

Devido aos dados alarmantes quando se fala em população jovem, existe a proposta de, ao mesmo tempo em que estiverem sendo realizados os grupos, distribuir material informativo e realizar palestras nas escolas, tanto municipais como estaduais, como forma de atingir também esse público alvo. Além das orientações e informações realizadas pelos profissionais de saúde, também há o intuito de chamar pessoas da comunidade para darem seus depoimentos a respeito do hábito de fumar.

Após esse primeiro momento, será essencial manter o contato com o sistema educacional, realizando, pelo menos uma vez por ano o evento, como forma de educação continuada à população escolar.

A elaboração de um material informativo como folders e cartazes com uma linguagem mais regional e adaptada à população local será realizada, inspirada nos modelos do INCA e do Ministério da Saúde. Logo, serão distribuídas permanentemente, tanto na UBS como também serão entregues nos domicílios pelos agentes comunitários de saúde.

6. Cronograma

Semana 1:

- Reunião e exposição do projeto perante a equipe. Nesse momento será visto a viabilidade da realização do mesmo na UBS.
- Estabelecimento dos papéis de cada profissional na ação.

Semana 2:

- Realização da capacitação dos profissionais.
- Início da busca ativa de pacientes e da divulgação do grupo para a comunidade

Semana 3:

- Avaliação clínica dos pacientes interessados e aplicação do teste de Fagestrom

Semana 4:

- Manter avaliação dos pacientes candidatos ao grupo
- Reunião com a equipe para início das atividades

Semana 5:

- Início do Primeiro Grupo de Tabagismo (duração total de 48 semanas / 1 ano)

Semana 8:

- Monitoramento parcial da ação – a ser realizado a cada 4 semanas;
- Início do Segundo Grupo de Tabagismo
- Realização de palestra na escola

Semana 48:

- Monitoramento global da intervenção

Atividades	SEMANAS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	12	16	20	48	
Reunião com a equipe para exposição do projeto	■												
Estabelecimento dos papéis de cada profissional na ação programática	■												
Busca ativa e da divulgação da ação perante a comunidade	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação clínica e aplicação do Teste de Fagerstrom nos pacientes			■	■									
Reunião com a equipe para início das atividades				■									
Início do Primeiro Grupo de Tabagismo					■								
Reunião para monitoramento parcial da intervenção								■	■	■	■		
Início do Segundo Grupo de Tabagismo								■					
Avaliação global da intervenção													■

7. Recursos Necessários

7.1 Recursos Humanos

Será necessário empenho de todos os profissionais da UBS, passando pela recepção, ACS, até enfermeiro e médicos. Todos deverão estar engajados no projeto.

Devido a isso será realizada a capacitação dos profissionais e reuniões de forma contínua para garantir a qualidade da ação.

7.2 Recursos Físicos

O uso da estrutura física da UBS deverá estar logisticamente preparado para a atividade. Em especial uma sala de reuniões com capacidade para 20 pessoas e de pelo menos um consultório médico. Além disso, será imprescindível o uso de projetor e computador durante algumas exposições a serem feitas.

Para o material de divulgação, além das cartilhas do Ministério da Saúde, será necessário folhas de papel A4 e xerox, a serem adquiridos junto ao poder municipal.

7.3 Recursos Políticos

A Secretaria Municipal de Saúde tem papel importante na disponibilização dos recursos já citados e também com o material administrativo e oferta de transporte quando necessário.

Devido à necessidade da medicação para realização do grupo, organização política por parte das esferas municipal e estadual é requerida para que não ocorram atrasos e interrupções nos tratamentos.

8. Resultados Esperados

A partir da intervenção espera-se seja construída uma logística de atendimento ao paciente tabagista. A organização da estrutura física e profissional deverá garantir atenção qualificada a este setor da população, de forma que consigamos, a longo prazo, a redução do número total de pacientes dependentes do tabaco no município de Pedro Osório.

Por isso, espera-se que a atividade tenha um seguimento, contando sempre com grupos de apoio na UBS e também garantindo o atendimento àqueles que já terminaram seus grupos. Manter uma educação continuada é fundamental para a continuação do projeto.

9. Referências

AMP. Associação Médica Brasileira. Tabagismo. Revista debates em psiquiatria clínica, Ano 1, n.1, p. 30-40, Jan/Fev 2011.

BANDINI, M. Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional de empresa do ramo alimentício. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Departamento de patologia. São Paulo, 2006. 246p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 63 p. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340370239Dir_Assist_Saude_Mental_S.pdf. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da Republica. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas: cartilha sobre tabaco/Secretária Nacional de políticas sobre drogas. – Brasília: Previdência da Republica, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas 2010.

BRASIL. Associação Médica Brasileira. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes clínicas na saúde suplementar. São Paulo, 2011. <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

CAMPOS, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2a ed. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2010. 118p. : il.

CARDOSO, A. R. Tabagismo entre adolescentes: tabagismo como problema de saúde pública no mundo e no Brasil. 2011. In Tabagismo: Relevância da temática na educação. Ano XXI Boletim 06 - Maio 2011. ISSN 1982 – 0283. Disponível em: <http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/15013006-Tabagismo.pdf>

DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O.; GIBERTINE, M. Self-Efficacy and the Stages of Self-Change of Smoking. Cognitive Therapy and Research, v. 9, n. 2, p. 181-200, 1985. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01204849#close> >. Acesso em: 21 jul. 2014.

FERREIRA, J. P. Enciclopédia dos Municípios Brasileiros. 1a edição. Volume XXVII, 1959. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/saomigueldoanta.pdf>

GORIN, S. S.; HECK J. E.; Meta-analysis of the efficacy tobacco counseling by health care providers. Cancer Epidemiol Biomarkers, v. 13, dez. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598756>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

HALTY L. S.; HUTTNER M. D.; NETTO I. C. de O.; SANTOS V. A.; MARTINS G.; Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Pneumol*, v. 28, n. 4, jul.ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 14 jan. 2013

INCA. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de controle de tabagismo e prevenção primária. Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, INCA; 1996. Disponível em: http://www.faac.unesp.br/pesquisa/nos/olho_vivo/porque_fumamos/out_inf.htm Acesso em: 14 jan. 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ação global para o controle do tabaco: por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil. 3 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, INCA, 2004.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Políticas antitabagismo no Brasil já salvaram mais de 400 mil vidas. 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/politicas_antitabagistas_ja_salvaram_mais_de_400_mil_vidas_brasil. Acessado: 10 dez. 2012.

MICHAEL, C.; FIORE, M. D.; M. H. P.. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 5, p. 158-176, ago. 2008. Disponível em <[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(08\)00332-2/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(08)00332-2/fulltext)> Acesso em: 27 maio 2014.

MIRANDA, Vinícius Leles . Proposta de intervenção para redução do tabagismo no município de São Miguel do Anta - MG. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Belo Horizonte, 2014. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

PEREZ, C. A.; MENDES, F. L. Tabagismo: relevância da temática na educação. *TV Escola/ Salto para o Futuro*, Ano XXI Boletim 06 - Maio 2011 p.4-19. Disponível em: www.tvbrasil.org.br/salto

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.19, n.2, p.439-448, 2014. ISSN 1413-8123.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E. Brasília: SENAD, 2010. 503 p. ISBN: 978-85-60662-63-0

SERRADILHA, A. de F. Z.; RUIZ-MORENO, L.; SEIFFERT, O. M. L. B.. Uso de tabaco entre estudantes do ensino técnico de enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 479-487. ISSN 0104-0707.

WHO. World Health Organization. Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization. Geneva (CH): WHO; 2001.

10. Anexos

Anexo 1: Teste de Fagerstrom

		pontos	soma
TESTE DE FAGERSTROM			
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?			
	após 60 minutos	0	
	entre 31 e 60 minutos	1	
	entre seis e 30 minutos	2	
	nos primeiros cinco minutos	3	
Você encontra dificuldades e em evitar de fumar em locais proibidos, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?			
	não	0	
	sim	1	
Qual o cigarro mais difícil de largar de de fumar?			
	qualquer outro	0	
	o primeiro da manhã	1	
Quantos cigarros você fuma por dia?			
	menos de 10 cigarros	0	
	entre 11 e 20 cigarros	1	
	entre 21 e 30 cigarros	2	
	mais de 30 cigarros	3	
Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?			
	não	0	
	sim	1	
Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia?			
	não	0	
	sim	1	
			Total:
Pontuação:			
0 a 4 – dependência leve; 5 a 7 – dependência moderada e 8 a 10 – dependência grave			

Anexo 2: Cartilhas do MS

