

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

Joelma Lima do Nascimento da Silva

Projeto de Intervenção direcionado a Cessação do Tabagismo, em pacientes da
Unidade Básica de Saúde Leocádia - Pelotas

Pelotas

2018

Joelma Lima do Nascimento da Silva

Projeto de Intervenção direcionado a Cessação do Tabagismo, em pacientes da Unidade Básica de Saúde Leocádia - Pelotas

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre**

Tutor: Bruno Pereira Stelet

Pelotas

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO AO PORTFÓLIO.....	04
2. ESTUDO CLÍNICO.....	07
2.1. Relato de caso	08
2.2. Discussão	08
2.3. Projeto Terapêutico Singular.....	09
3. ESTUDO DE CASO E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	09
3.1 Relato de Caso	10
3.2 Discussão	11
3.3 Conclusão	12
4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE DOMICILIAR	13
5. ATIVIDADE AVALIATIVA	14
REFERENCIAL.....	15
ANEXOS.....	17

INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Graduada em abril de 2016, pela Universidade Maria Auxiliadora (UMAX) em Asunción Paraguai, eu atuo no Programa — Mais Médicos para o Brasil desde outubro de 2016, como médico da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Leocádia em Pelotas no Bairro Areal, Estado do Rio Grande do Sul. Esse é meu primeiro e único trabalho como médico após minha graduação.

Pelotas tem uma população de 328.275 pessoas segundo o censo de 2010. Possui uma densidade demográfica de 203,89 hab./km² (2010). Sendo 292.081 dessa população alfabetizada, 93,588 população que frequentava creche ou escola. Quanto à expressão religiosa, estima-se que 139.752 pessoas católicas são 9.882 evangélicas e 28.753 são espíritas.

A cidade de Pelotas é considerada a terceira mais populosa do Rio Grande do Sul. Situada mais ao sul do estado, está em costaneira com o estreito de São Gonçalo, grande extensão de água navegável, que permitiu a cidade abrigar um complexo sistema portuário (PELOTAS, 2017). Servindo de importante celeiro econômico e porta de entrada a diferentes pessoas e suas respectivas culturas.

Pelotas tem a segunda maior concentração de curtumes do Estado e uma das maiores capacidades curtidora de couro e peles do Brasil. O município tem tradição na cultura do pêssego e aspargo e a produção do leite é o grande destaque na pecuária, constituindo a maior bacia leiteira do Estado. O município apresenta um comércio ágil e diversificado com serviços especializados e empresas de pequeno, médio e grande porte.

O sistema municipal de saúde abarca 49 Unidades básicas de saúde, Hospitais, Centro de especialidade e reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPS A/D), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, entre centros de atendimentos especializados.

Os usuários da UBS, Leocádia – Areal, assim como a maior parte da população de Pelotas, se caracteriza por ser mais idosa. É o que revela o Índice

de Desenvolvimento Humano (IDH), com expectativa de vida acima dos 71 anos, segundo IBGE, 2017.

O Bairro Areal está Localizado na zona leste da cidade de Pelotas, onde tem como seus principais pontos de referencias a Av. Domingos de Almeida, as Charqueadas, o Parque da Baronesa, a RBS TV, o Fórum de Pelotas e a UPA (única em pelotas). O bairro conta com 10 escolas públicas, onde 07 dessas escolas são da educação infantil em todo o bairro do Areal.

Localizado na Rua David Canabarro no Bairro Areal em Pelotas nossa Unidade Básica de Saúde é uma das unidades básicas de saúde onde é possível marcar consultas para as áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia (suspenso há poucos meses). Além disso, a unidade também está preparada para fornecer cuidados relacionados à Odontologia e Enfermagem em geral.

A referida área está localizada na região central da cidade de Pelotas, o bairro possui um comércio bem desenvolvido, principalmente nas necessidades básicas como padarias, açougues, farmácias e minimercados. Contém também lojas de departamento e roupas. Também no Areal se encontra o Shopping Pelotas (o primeiro e único Shopping da cidade).

Para a mobilidade urbana há serviços de táxi, mototáxi, e transporte coletivo existem diversos pontos facilitando o deslocamento aos bairros e principalmente ao centro da cidade.

Estima-se um total de quatorze mil atendimentos ano entre as duas equipes e a área pediátrica que compõe a unidade isso fora as avaliações oferecidas pelas equipes de enfermagem.

A UBS, PSF e Centros de Saúde mais próximos, são: Posto de Saúde Bom Jesus - 1 km de distância, Posto de Saúde Areal I - 1 km de distância, Centro Social Urbano Do Areal - 1 km de distância, Posto de Saúde Dunas - 1 km de distância, Centro Social Urbano Cruzeiro Do Sul - 1 km de distância.

Em paralelo à prevenção de doenças, essa Unidade Básica de Saúde atua em outras frentes primordiais para proteger a saúde dos cidadãos, como

fornecer diagnóstico preciso e oferecer tratamentos adequados aos pacientes. Nossa grande demanda é de pacientes portadores de Hipertensão, Diabetes Mellitus e doenças cardiovasculares, porém os quadros respiratórios são bastante frequente devido ser uma região de muitas mudanças do clima e o uso do tabaco.

Meu contato com os pacientes acontece com empatia e muita paciência, sendo os usuários em sua maioria de origens humilde e nível sociocultural baixo, existe uma prevalência de tabagismo com alta incidência de patologias respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções de vias aéreas.

Dentre os problemas em saúde identificados na população, destaca-se o desconhecimento geral dos usuários sobre o uso de medicamentos antihipertensivos associados ao tabagismo a não eficácia do tratamento, sendo esse o fator principal do HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) descompensado.

Com base nesses casos mobilizamos a população em geral através do projeto de intervenção destinado a Cessação do Tabagismo como principal vilão contra o sucesso terapêutico medicamentoso da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica).

A iniciativa tem mobilizado os profissionais de saúde na Unidade Básica de Saúde de Leocádia em prol de uma verdadeira mudança na abordagem ao tabagismo com um interesse único de reduzir os níveis pressóricos da pressão arterial e a cessação do tabagismo.

Tendo em vista o potencial de um número satisfatório de pacientes em abstinência desde o início do tratamento, causa-se o interesse e a curiosidade da população na busca por auxílio, tendo em vista o potencial dessa promoção e prevenção em saúde possuiu uma imensa lista de espera para outros futuros grupos.

Neste caminho, o Projeto de Intervenção que pode ser consultado nos anexos deste Portfólio, trata sobre a redução do tabagismo em nossa unidade básica de saúde apresentando-se como uma ferramenta inovadora em busca de modificação no estilo de vida envolvendo as famílias, vizinhos e amigos.

Promovendo espaço de diálogo, discussão e formação de consciência na luta contra o tabagismo, dentro das políticas de cessação do tabagismo direcionados aos usuários na área de abrangência deixando sempre claro aos usuários que o tabagismo é uma dependência química onde faz se necessário um tratamento adequado.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2007), o tabagismo anualmente leva à morte mais de cinco milhões de pessoas em todo mundo, no Brasil os números chegam aos 200 mil mortes por ano.

O mesmo instituto atualizando os dados em 2017, Instituto Nacional do Câncer, em um comparativo feito entre outras causa-mortes descreve que o tabagismo é responsável por mais mortes do que o alcoolismo, a AIDS, os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios juntos.

Se a atual tendência de consumo se mantiver, em 2020, serão 10 milhões de mortes por ano, sendo que os países em desenvolvimento serão os mais atingidos (INCA, 2017). E é para reduzir essa situação, o Brasil assumiu desde 1989, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 1998), o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Esse programa tem o objetivo de reduzir o tabagismo e por sua vez, a morbimortalidade por doenças relacionadas ao seu consumo. As estratégias utilizadas neste programa variam desde ações educacionais para prevenção da iniciação ao fumo, promoção e apoio para a cessação do tabagismo, regulamentação de locais proibidos para consumo do cigarro, até mobilização política para o controle da produção e comercialização de produtos de tabaco.

Os grupos de apoio na luta contra o tabagismo faz parte do processo de educação em saúde. Segundo Lucchese, 2013, a experiência das partilhas ocorridas em grupo produz positivas conquistas para com o abandono do hábito. O vínculo e a fundamentação com seus pares são determinantes nesse processo.

Importante citar a aplicabilidade do Teste de Fagerstrom, onde mensura o grau de dependência da substância nicotina pelo paciente, que faz parte do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina (M.S., 2014). Instrumento de trabalho em saúde que auxilia a releitura singular dos profissionais de saúde ao paciente, quanto às dificuldades enfrentadas e grau de tolerância a nicotina.

2.1 Relato de Caso: Sra. D. T., 62 anos, divorciada e mãe de três filhos, adultos e que não residem perto da usuária. O caso da Sra. D. T. já vem sendo acompanhado pela unidade básica de saúde.

Hipertensa e tabagista há mais de 35 anos, por conta do uso abusivo de nicotina apresentou nos últimos três anos dois quadros de DPOC – já tratados, e há quatro meses a mesma foi inserida no grupo de apoio ao cessamento do tabagismo ofertado pela Unidade Básica de Saúde.

Na última consulta de controle observa-se relativa perda de peso, fadiga, suor noturno e tosse intermitente. Por viver sozinha, fica difícil saber e acompanhar a ingestão alimentar da usuária e como estão à adesão medicamentosa para o controle do tabaco e demais medicamentos de uso contínuo. Estão disponibilizados: Terapia de Reposição de Nicotina (adesivo transdérmico), goma de mascar e pastilha, Cloridrato de Bupropiona.

Segue o pedido do exame: Espirometria.

2.2 Discussão do caso: Pacientes com mais de trinta anos de dependência por nicotina, em geral desenvolvem DPOC, acarretando um ciclo de crises e cronicidade da doença. E possivelmente a falta de convívio de seus familiares esteja sendo o gatilho para sugestiva não adesão ao tratamento.

Será preciso ampliar o trabalho da equipe multidisciplinar em busca de acompanhamento psicológico e da equipe de enfermagem. Colocar a paciente na agenda para visitas domiciliares.

O grupo de apoio da Unidade de Saúde, neste caso tem sido o alicerce para a usuária Sra. D. T. enfrentar a dependência a nicotina. Dá-se a

importância de um projeto terapêutico singular, na finalidade de melhor acompanhar a assistência a paciente.

2.3. Projeto Terapêutico Singular: Acompanhamento e visita domiciliar, trazer quando necessário o caso da Sra. D.T em pauta na reunião semanal para inclusão na agenda e abrangência de assistência da equipe multidisciplinar. Inclusão no programa de apoio nutricional que a UBS oferece quinzenalmente nas quartas-feiras, as 14 h.

GENOGRAMA (em anexo)

TESTE DE FAGERSTROM (em anexo)

3. ESTUDO DE CASO E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE:

A aplicabilidade das medidas de prevenção, educação e promoção da saúde continuam sendo um dos maiores desafios na saúde pública em nosso país. Não obstante, hoje, a formação pedagógica dos cursos de nível superior em saúde utiliza como objeto: a Educação e Promoção da Saúde sejam em instancias públicas como privadas.

Em nível de Sistema Único de Saúde – SUS, o desafio dá-se por conta de vieses: dificultadores da aplicabilidade e continuidade da promoção em saúde (Norman, 2013). É uma retórica, que se contrapõe com o hodierno (discurso) dos trabalhadores e usuários da saúde (seja pública ou privada).

O texto da história do caso clínico número dezesseis – Oscar traduz o conceito de prevenção e promoção da saúde. Houve uma positiva intervenção da equipe em momentos específicos, como: o atendimento do Sr. Oscar que era acompanhante na consulta do pai, Sr. Antônio e, quando o mesmo chegou até a unidade em situação de emergência.

As oportunidades perdidas, quando ocorrem na unidade de saúde pesa muito para toda a equipe. E no caso descrito, além da intervenção mediática,

abriu-se em paralelo para a atenção continuada em saúde no seguimento com agendamento e orientações ao paciente Oscar (correlacionado ao caso clínico fictício abaixo).

Situação semelhante com muitos casos da Unidade Básica de Saúde Leocádia, em que se visa o resgate dos pacientes na medida do possível. E o que segue o caso clínico, oportuniza o estudo para a prevenção e promoção em saúde mental, muito recorrente nos atendimentos.

Claramente, os níveis de prevenção e promoção transitam entre o seguimento ao paciente, desde a sua acolhida, com o planejamento em saúde individual, em grupo ou em coletivo. Até um olhar holístico, direcionado a um específico caso clínico a outras instâncias, por exemplo: cuidados hospitalares e suas tecnologias de suporte avançado à vida.

3.1. Relato de Caso:

Paciente A. N., 48 anos, casado com B. S. N. 43 anos, com quem tem três filhos: S. S.N. 08 meses, E.S.N. 03 anos ambas do sexo feminino e I. S.N, 07 anos - sexo masculino. Na família convivem os pais do paciente, C.A.N. de 78 oito anos e J.M.N., 75 anos.

A consulta foi agendada durante a reunião semanal da equipe de saúde da UBS, em que a agente de saúde, P. U. R. relatou preocupação com um de seus pacientes de área – A. N. E, o mesmo, durante o ano de 2016 seguiu acompanhamento psicossocial e medicamentoso, através do CAPS. E em visita domiciliar a esposa B.S.N. demonstrou grande preocupação pelas mudanças de humor e comportamento do marido, e por o mesmo estar há mais de nove meses sem realizar novas consultas e exames.

No dia da consulta...

...Aferição na triagem dos sinais (técnicos de enfermagem): P.A. 150/100 mmHg, Peso: 92 kg, Altura: 1,73 cm, IMC: 30,74. Últimos exames descrevem Esteatose Hepática, Triglicerídeos e Colesterol elevado. O histórico clínico descrito em prontuário foi previamente lido pelo médico I. F. Em que também se

observa registro de laudo do médico Psiquiatra: Distúrbio de ansiedade generalizado, tabagista e etilista.

O médico I. F. ao perguntar ao paciente A. N. o porquê do não seguimento do acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial, e também como ele fazia para adquirir os medicamentos ansiolíticos prescritos, o mesmo responde:

A. N.: -... Os encontros no CAPS eram bons me ajudavam muito, havia conversa individual e em grupo com a psicóloga, mas chegou um ponto que também tinha companheiros de grupo muito estranhos e com histórias mais feias que a minha...

A.N.: - cheguei lá porque tinha tido um surto, algo assim, na época fumava mais de três carteiras de cigarro por dia, e bebia um pouco... Acho! Dormia muito pouco, 4 h de sono já bastava! O pessoal me disse que eu tinha surtado, lembro-me de ter tido uma crise de calor e suor intenso, e de repente não escutei mais nada... Fiquei perdido nos pensamentos, algo muito ruim.

Médico: - E, quanto à medicação Sr. A.N.?

A.N.: - depois que terminou os remédios eu peguei receita com um doutor particular... Sabe né às vezes fica difícil uma consulta e também deixar de ir ao trabalho, pior ainda... Mas já tem três meses que não tenho receita e nem medicação doutor!

... Segue consulta e respectivas orientações.

3.2. Discussão: O Caso clínico relatado e parte do diálogo da consulta, fazem parte do histórico clínico de pacientes cada vez maior e comum nas consultas de atenção básica.

Com a consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e a criação do Programa de Volta para Casa e os Residenciais Terapêuticos distribuídos no território nacional, revela alto nível organizacional e de singularidade ao tratamento e acolhida ao enfermo mental, como o Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular (CAMPOS e AMARAL, 2007).

É por certo discutível a aplicabilidade do tratamento terapêutico singular do fictício paciente A.N., em que além de ser identificadas e aplicadas orientações quanto à nutrição e atividade física, bem como a realização de novos exames. Perdeu-se durante um precioso período – nove meses, a continuidade assistencial, sem entrar no que compete ambas as partes: paciente e unidade básica. Claramente houve falha no plano de Matriciamento e uso do Projeto Terapêutico Singular.

O matriciamento é um importante instrumento de trabalho que viabiliza a interconexão entre os serviços de saúde, muito utilizado como via comunicante que referencia o paciente na equipe de saúde de origem. E junto com Projeto Terapêutico Singular forma um eficaz e convergente método, quanto ao tratamento medicamentoso como de outras terapias fomentados pela equipe multiprofissional (MACHADO e CAMATTA, 2013).

3.3. Conclusão:

Desde a porta de entrada ESF ou UBS, a técnica comumente aplicada pela equipe multidisciplinar é de triagem e a posterior, há transferência do caso sob a responsabilidade médica.

O paciente segue com encaminhamento em mãos (motivo prescrito, provável CID 10, com assinatura e carimbo pelo médico), o mesmo é orientado a dirigir-se ao Centro de Acolhimento – com fila de espera para consulta com Psiquiatra entorno de seis meses. E em outros casos especiais, são diretamente encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS.

São algumas das dificuldades que o paciente comumente encontra, e barreiras que a equipe de saúde se depara entre elas a falta de planejamento e comunicação para que o acompanhamento do paciente seja seguido. Por certo um dos grandes desafios para que se tenha a promoção e prevenção da saúde no Brasil.

04. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICILIO:

As ações de saúde na atenção básica são direcionadas por diversos instrumentos de trabalho, em destaque encontramos o Atendimento Domiciliar, Ministério da Saúde, 2013. Há diversas problemáticas que o hodierno da equipe de saúde encontra, como: pacientes com multipatologia, polifármacia, patologias crônicas ou avançadas (M.S., 2013).

E entre os diversos casos de atenção domiciliar, atendidos pela equipe de saúde, destacam-se agravos por acidente vascular cerebral em idosos. Em especial, o caso clínico de um paciente acamado há mais de três meses, pouco responsivo, oitenta e um anos, sexo masculino, casado, pai de três filhos e seis netos. O paciente desde então tem como diagnóstico - Acidente Vascular Cerebral e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Paciente pouco responsivo, risco moderado, apresenta lesão em região sacral, mobilidade limitada, fazendo uso de dieta enteral via estoma por risco de aspiração pulmonar. Uso de fraldas para eliminações intestinais e sondagem uretral de alívio quatro vezes ao dia. Recém-chegado da última internação de um hospital público da cidade, e o mesmo preenchendo todos os requisitos que a Rede de Atenção à Saúde preconiza, a este, foi-lhe ofertado a assistência em saúde pelo programa Melhor em Casa (M.S., 2017).

O programa oferece na própria moradia do paciente e no vínculo de seus familiares atendimento em promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação. Apoio de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo – os dois últimos conforme necessário), conforme Ministério da Saúde, 2013.

As ações da unidade básica de saúde são continuadas, pois ela segue como referência e elo no trabalho em redes. E apesar da demanda da unidade de saúde, a visita domiciliar tem prioridade na agenda e discussão construtiva em equipe (durante as reuniões semanais).

A equipe de saúde da unidade básica não tem como preceito a replicação das ações em saúde, mas em ser, multiplicadora e referencia a família do paciente e a toda rede de apoio.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao longo do processo de aprendizado, o aluno se torna atraído pelo novo, e por tudo o que lhe faz preencher, como lacunas mentais em constante formação. Nós ostentamos as nossas capacidades humanas de aprender e de acolher o diferente - o novo, mas para que isso aconteça redes de apoio é colocada à disposição.

No Eixo I – Saúde Coletiva passou se por todo o processo e expectativa inicial em acolher o conhecimento que paralelamente seria disposto no cotidiano do trabalho pratico. Obviamente, o começo foi mais difícil e imperava a ansiedade em conectar os conhecimentos pregressos adquiridos na academia, e agora postos em ação no Brasil – no papel de profissional medico, com suas politicas públicas de saúde.

Já no Eixo II, as praticas no serviço de saúde encontravam-se consolidados. Sendo possível uma maior organização entre os estudos da teoria e, da aplicabilidade do mesmo. Foram temas sempre muito pertinentes e de grande expressividade, totalmente aplicáveis no dia a dia laboral.

E ao falar sobre a ferramenta portfólio, a principio tinha-se uma dimensão que assustava, que somente na pratica e assídua de pesquisa foi possível apoderar-se gradativamente do curso (esquema mental). Faltou certamente maior leitura que complementaria a reflexão. E bem como, identificar na linguagem do tutor, o que de feito buscava da presente aluna.

A continuidade do processo de educação em saúde não é estanque, sei o valor que a oportunidade da especialização representa ao currículo (portfólio). Agradeço por todo aprendizado adquirido, na certeza que a busca pelo conhecimento é permanente.

Joelma Lima do Nascimento da Silva

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M. A. **Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital.** Ciência & Saúde Coletiva. 2007. Vol. 12. N° 04. Pg. 849-859. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php> Acessado em: 13 de Fev. de 2018.

LUCCHESI, R. et al. **A Tecnologia de Grupo Operativo Aplicada num Programa de Controle do Tabagismo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2013. Out-Dez; 22(4): 918-26. - 918 – disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/07.pdf. Acessado em: 05 de Out. de 2017 e revisado em janeiro de 2018.

_____. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Município de Pelotas- R.S. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acessado em: 08 de Nov. 2017.

_____. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Índice de Desenvolvimento Humano Cidade Pelotas RS.** <www.ibge.gov.br> Acessado em: 22 de Jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer – Falando sobre Tabagismo.** Instituto Nacional do Câncer. 1998. 3ª edição. Rio de Janeiro.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle Tabagismo.** Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acessado em: 11 de Jan. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina.** Teste de Fagerstrom. 2014. Brasil. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/resources/.../2014_diretrizes_inca_terapia_nicotina.pdf>

Acessado em 02 de Mar. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo do Melhor em Casa**. 2011. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf> Acessado em 28 de Mar. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. 2013. Vol. II. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol2.pdf> Acessado em 28 de Mar. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa**. 2017. Disponível em: <portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa...de.../melhor-emcasa> Acessado em 28 de Mar. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 963 de 2013**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acessado em 29 de Mar. de 2018

MACHADO, D.K. S.; CAMATTA, M. W. **Apoio matricial como ferramenta e articulação entre a saúde mental e atenção primária á saúde**. Cad. Saúde Colet., 2013. Rio de Janeiro, 21 (2): 224-32. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf> Acessado em: 13 de Fev. de 2018.

NORMAN, A. H. **Promoção da Saúde: um desafio para a atenção primária**. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. Rio de Janeiro, 2013 Jul.-Set; 8(28):153-4. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article> Acessado em: 11 de Fev. de 2018.

_____. Prefeitura Municipal de Pelotas. **Portal virtual – Pelotas em dados**. Disponível em: <http://www.pelotas.com.br/cidade/dados-gerais>. Acessado em 22 de Jul. de 2018

(ANEXOS: Projeto de Intervenção, Genograma e Teste de Fagerstrom)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Joelma Lima do Nascimento da Silva

TABAGISMO: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O TABAGISMO
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LEOCÁDIA / PELOTAS - RS.

PELOTAS
JULHO 2017

RESUMO

Introdução: O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de doença e morte no mundo. E os dependentes do tabaco são as principais vítimas de doenças limitantes e muitas vezes fatais, como por exemplo, o: câncer. Esse vem sendo aumentado tendencial, particularmente nas regiões mais desfavorecidas, tornando-se assim, um agravante na saúde pública nacional. **Objetivo:** Promover espaço de diálogo, discussão e formação de consciência na luta contra o tabagismo, dentro as políticas de cessação do tabagismo direcionados aos usuários na área de abrangência. **Metodologia:** Projeto construído sob o método de intervenção organizacional, através de uma revisão narrativa de literatura por meio de pesquisa bibliográfica nas bases de dados BIREME, Google Acadêmico e página web do Ministério da Saúde. Com a temática das políticas de controle do tabagismo e o processo de cessação do tabagismo entre os usuários da Unidade Saúde Leocádia do município de Pelotas no estado do Rio Grande do Sul. Acompanhamento e observação do tratamento e possíveis projeções do universo de 10 a 15 usuários tabagistas espontaneamente aderidos no programa

Palavras-chave: Tabagismo. Dependência. Educação em Saúde.

SUMMARY

Introduction: Smoking is one of the leading avoidable causes of illness and death in the world. And tobacco addicts are the main victims of limiting and often fatal diseases, such as cancer. This has been increasing trend, particularly in the most disadvantaged regions, thus becoming an aggravating factor in national public health. **Objective:** To promote space for dialogue, discussion and awareness-raising in the fight against smoking, within smoking cessation policies directed at users in the area of coverage. **Methodology:** A project built under the organizational intervention method, through a narrative review of literature through bibliographic research in BIREME databases, Google Scholar and web page of the Ministry of Health. With the theme of tobacco control policies and the smoking cessation process among users of the Leocádia Health Unit of the municipality of Pelotas in the state of Rio Grande do Sul. Follow up and observation of the treatment and possible projections of the universe of 10 to 15 smokers spontaneously enrolled in the program

Keywords: Smoking. Dependency. Health education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
2. JUSTIFICATIVA	05
3. OBJETIVOS.....	05
3.1 OBJETIVO GERAL.....	05
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	05
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	06
4.1 GRUPOS DE APOIO NA LUTA CONTRA O TABAGISMO.....	06
5. METODOLOGIA.....	07
6. CRONOGRAMA.....	08
7. RECURSOS.....	09
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	09
REFERENCIAL TEÓRICO.....	10

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo tornou-se uma das preocupações mundiais, considerado como uma doença epidêmica em função da dependência de nicotina e por estar classificado como transtorno mental comportamental decorrente do uso de substâncias psicoativas pela Classificação Internacional de Doenças.

Devido a sua toxicidade, o total de mortes no mundo, decorrentes do tabagismo, acerca-se aos cinco milhões ao ano. E no Brasil, são estimadas 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (BRASIL, 2014). Realidade que propulsionou ações, através do Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer, como a organização Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2014).

Em números, o tabagismo é causal de patologias graves, por exemplo: o câncer é responsável por 40 a 45% de todas as mortes no mundo. Onde em seus subtipos, o câncer de pulmão corresponde a 75% dos casos. Atribuindo ao uso do tabaco 15% de mortes por câncer no mundo (INCA 2007).

Segundo, Ministério da Saúde, 2014, as ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina com a orientação de profissionais da área capacitados a esse grupo de pacientes.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo, criado pelo Ministério da Saúde, 2014, foi o grande norteador no planejamento deste projeto. Este trabalho deu-se pelo grande número de tabagistas presentes na área de abrangência da equipe de saúde da família, muitos que já apresentam patologias como: hipertensão, doença cardiovascular e diabetes.

Este projeto beneficiará muitas pessoas direta (os próprios pacientes) e indiretamente (seus familiares, fumantes passivos, que convivem na mesma residência), possibilitando a cessação do tabagismo, trazendo bem-estar, prevenindo o surgimento de patologias e melhorando patologias já existentes, aumentando a autoestima dos pacientes, prevenindo a iniciação do tabagismo por outras pessoas, principalmente adolescentes, que convivem com fumantes em casa, e até o uso de outras drogas, enfim, trazendo assim mais saúde para a comunidade local.

A eficiência de uma política de controle do tabagismo depende, sobretudo, de um ambiente que reforce as ações voltadas para promover a cessação de fumar e prevenir a iniciação, oferecendo informação real e objetiva com relação a todos os riscos ofertados na iniciação do tabaco.

É o que este projeto pretende: promover espaço de busca e auxílio para quem se identifica como tabagista crônico, e que o mesmo, está em um serio problema de saúde pessoal e coletivo. E, por conseguinte reduzir a prevalência de fumantes, e a morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco.

Problema

- Elevado número de pessoas convivendo com doenças crônico-degenerativas, como: hipertensão e diabetes, associados ao uso e risco da nicotina e a interação medicamentosa;
- Baixa adesão/ abandono precoce aos tratamentos dessas condições crônicas;
- Falta de envolvimento de profissionais especialistas como: psiquiatra e psicólogo, sabendo que a maioria desses pacientes são portadores de ansiedade e depressão;
- Uso do cigarro como automedicação para sentimentos de tristeza e estresses;

2. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o consumo de cigarro é fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas a curto e longo prazo, sendo então passível de prevenção. Dentre as principais doenças, em que o tabagismo é leva ao prejuízo do indivíduo que o consome, estão: hipertensão, doença coronariana, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e o câncer em diferentes formas.

A remoção da exposição ao cigarro, comprovadamente, reduz a mortalidade, a prevalência e principalmente o surgimento de patologias relacionadas ao fumo durante a vida. O que instiga a equipe de saúde, através de seu papel de promover saúde, deve atuar nesta causa, visto que o tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública.

Para tanto foi realizada discussão do tema com a equipe de saúde, observando sua relevância e benefício à população, apresentando os resultados parciais de um projeto de intervenção e pesquisa no tratamento do Tabagismo em que gradativamente foi-se reduzindo a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

O presente trabalho de intervenção em saúde da família visa de modo geral promover espaço de diálogo, discussão e formação de consciência na luta contra o tabagismo, dentro as políticas de cessação do tabagismo direcionados aos usuários na área de abrangência.

3.2. Objetivo específico

- Aumentar a cessação do tabaco;
- Reduzir a exposição à poluição tabagista;

- Apresentar a importância e a contribuição deste projeto na construção de um diálogo entre a UBS e usuários em Saúde Pública;

4. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2007), o tabagismo anualmente leva a morte mais de cinco milhões de pessoas em todo mundo, no Brasil os números chegam aos 200 mil mortes ano.

As doenças cardiovasculares, respiratórias e os cânceres são as maiores entidades associadas ao tabagismo, nas quais 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer e 85% das mortes são por doença pulmonar obstrutiva por consequência do hábito de fumar.

Ainda, segundo o Instituto Nacional do Câncer, 2017, o comparativo feito entre outros causadores de morte o tabagismo é responsável por mais mortes do que o alcoolismo, a AIDS, os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios juntos. Se a atual tendência de consumo se mantiver, em 2020, serão 10 milhões de mortes por ano, sendo que os países em desenvolvimento serão os maiores atingidos (INCA, 2017). Para reduzir essa situação, o Brasil assumiu desde 1989, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 1998), o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Esse programa tem o objetivo de reduzir o tabagismo e por sua vez, a morbimortalidade por doenças relacionadas ao seu consumo. As estratégias utilizadas neste programa variam desde ações educacionais para prevenção da iniciação ao fumo, promoção e apoio para a cessação do tabagismo, regulamentação de locais proibidos para consumo do cigarro, até mobilização política para o controle da produção e comercialização de produtos de tabaco.

4.1 Grupos de apoio na luta contra o tabagismo

Os grupos de apoio na luta contra o tabagismo faz parte do processo de educação em saúde. Segundo Lucchese, 2013, a experiência das partilhas ocorridas em grupo produzem positivas conquistas para com o abandono do hábito. O vínculo e a fundamentação com seus pares são determinantes nesse processo.

E para sustentar a importância do programa e seu método, abordados pelo Ministério da Saúde, aos grupos de apoio destaca-se que o percentual de pacientes que abandonam o cigarro (os que seguem no grupo de apoio), é de 34,78% (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2009).

A troca de experiências de quem sofre os mesmos desgostos que a luta contra o tabagismo desvela, torna-se imprescindível, pois são pessoas singulares com histórias semelhantes intercambiadas em grupo. E soma-se o constante preparo cognitivo- criativos associados à terapia medicamentosa, através dos profissionais de saúde em fazer dar certo o projeto de educação em saúde, um ganho na luta contra o tabaco (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2009).

5. METODOLOGIA

Para a construção deste projeto de intervenção organizacional, foi realizada uma revisão narrativa de literatura por meio de pesquisa bibliográfica nas bases de dados BIREME, Google Acadêmico e página web do Ministério da Saúde. Realizando busca e compreensão de artigos que versem a temática proposta.

O presente projeto de intervenção, mesmo mediante as lacunas a serem melhoradas, tem como pretensão elucidar a importância de controlar o tabagismo e viabilizar o processo de cessação do tabagismo entre os usuários da Unidade Saúde Leocádia do município de Pelotas no estado do Rio Grande do Sul.

Com as seguintes etapas: treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos; cadastro espontâneo de usuários tabagista, como limitante o universo de indivíduos que constituiram o grupo de usuários a serem acompanhados será de no máximo 15 e mínimo 10 pessoas.

Segue a apresentação do projeto aos mesmos, pela equipe de saúde em reuniões semanais que ocorrerá em cada primeira semana de todo mês, esclarecendo todas as etapas do projeto e os profissionais que estarão envolvidos.

Em um primeiro encontro os pacientes serão orientados de como será o tratamento e como ocorrerá cada etapa do tratamento explicando as contra indicações e como o organismo se comportará durante esse período de tratamento, aplicaremos o teste de *Fagerström* e em seguida a distribuição do manual para que os pacientes acompanhem os tópicos do projeto e já fiquem comprometidos de eleger o melhor método para parar de fumar.

No segundo encontro já inicia o tratamento medicamentoso e acompanhamento da evolução de cada paciente segundo o manual. Nas sessões de número 03 e 04 que também são semanais, os pacientes receberão orientações e dicas de como se manterem sem o tabaco e a importância dessa adesão.

Os próximos encontros terão como dinâmica a troca de experiências entre os pacientes que ocorrem em sessões quinzenais e assim dando continuidade no tratamento e evolução dos pacientes. E ao término das etapas descritas, a equipe de saúde deverá realizar a avaliação sistemática e registro do projeto aplicado.

6. CRONOGRAMA

O cronograma respeitará as atribuições e organização da respectiva unidade de saúde.

ATIVIDADE	ANO 2017				
	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO Dezembro
ELABORAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO	X	X			
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROJETO JUNTO A EQUIPE DE SAÚDE			X		

EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO				X	X
AVALIAÇÃO DO PROJETO					X
EXTRAÇÃO E REGISTRO DOS RESULTADOS					X

7. RECURSOS NECESSÁRIOS

O recurso previsto deverá ser ofertado pela secretária de saúde do município em convergência com Unidade Básica de Saúde Leocádia. Visto que para os encontros acontecerem, será necessária uma sala com cadeiras suficientes para os usuários, 20 canetas esferográficas, 01 resma - folha de papel ofício, 01 computador para digitalizar a atividade.

A margem de acréscimos para o projeto deverá ser observado durante e execução. Ou seja, é factível explorar mais ônus para a realização do mesmo.

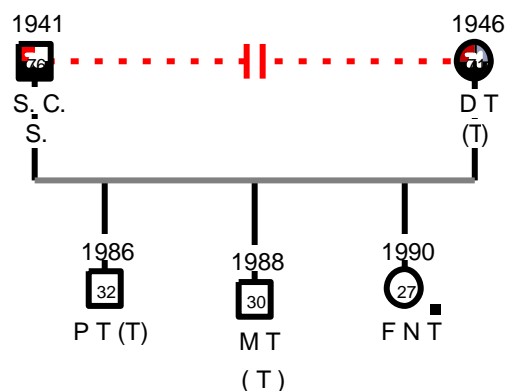
8. RESULTADOS ESPERADOS

A realização desta atividade é de grande importância, pois implica o aprendizado de quem a constrói e a aplica. E acima de tudo visa formar consciência entre os adolescentes, dos riscos e consequências que o consumo precoce do álcool e outras drogas trazem a sua formação e integridade física, psíquica e emocional nessa fase da vida.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. LUCCHESI, R.; VARGAS, L. S.; TEODORO, W. R.; SANTANA, L. K. B.; SANTANA, F. R. **A Tecnologia de Grupo Operativo Aplicada num Programa de Controle do Tabagismo**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2013. Out-Dez; 22(4): 918-26. - 918 - Artigo Original.
Acessado em: 05 de Out. de 2017.
2. _____. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer – Falando sobre Tabagismo**. Instituto Nacional do Câncer. 1998. 3ª edição. Rio de Janeiro.
3. _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle Tabagismo**. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acessado em: 10 de Set. de 2017.
4. _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle Tabagismo – Um grave problema de Saúde**. Instituto Nacional do Câncer. 2014. Disponível em: <www.inca.gov.br> Acessado em: 05 de Agos. de 2017.
5. RAMOS, D.; SOARES, T. S. T.; VIEGAS, K.. **Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência**. Ciênc. Saúde Coletiva. Vol.14. Rio de Janeiro. Sep./Oct. 2009.
Acessado em: 04 de Out. de 2017.

GENOGRAMA



TESTE DE FAGERSTROM

- 1) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?
 - Dentro de 5 minutos = 3
 - Entre 6-30 minutos = 2
 - Entre 31-60 minutos = 1
 - Após 60 minutos = 0

- 2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, ônibus, etc? Sim = 1
 - Não = 0

- 3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - O primeiro da manhã = 1
 - Outros = 0

- 4) Quantos cigarros você fuma por dia?
 - Menos de 10 = 0
 - De 11 a 20 = 1
 - De 21 a 30 = 2
 - Mais de 31 = 3

- 5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?
 - Sim = 1
 - Não = 0

- 6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?

Sim = 1

Não = 0

Grau de Dependência

0 — 2 pontos = muito baixo

3 — 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 — 7 pontos = elevado

8 — 10 pontos = muito elevado