



**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PROVAB**

Rosana Ferrazza Zaltron

**INTERVENÇÃO E UM OLHAR SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS
PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO
DE PORTO XAVIER-RS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Porto Xavier, RS

2018

ROSANA FERRAZZA ZALTRON

**INTERVENÇÃO E UM OLHAR SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS
PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO
DE PORTO XAVIER-RS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

PORTO XAVIER

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO....	12
4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	15
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Rosana Ferrazza Zaltron, 27 anos, natural de Santa Rosa interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), graduada com o título de médica em 11 de dezembro de 2015 pela Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). Iniciei minha carreira profissional como médica na Estratégia Saúde da Família (ESF) XII no município de Ijuí - RS por cinco meses. Em agosto de 2016 aderi ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (*PROVAB*) e, desde então, atuo na cidade de Porto Xavier, lotada no PSF 1 Vida do município.

O município de Porto Xavier localiza-se na região noroeste do RS, possui, segundo o Censo 2010, 10551 habitantes. É um município que conta com as águas do Rio Uruguai e que tem fronteira fluvial com a Argentina sendo que o transporte de cargas e pessoas é feito através do Porto Internacional de Porto Xavier. A pesca esportiva no Rio Uruguai, as festas nas comunidades interioranas e os campeonatos de futebol e bocha são as principais atividades de lazer do município.

O município contém quatro ESFs, cada uma delas formada por uma equipe de saúde, com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e agentes comunitários de saúde (ACS's). Além das ESFs, há também um hospital de baixa complexidade (Hospital de Caridade Nossa Senhora dos Navegantes) com 54 leitos, sendo quatro destinados a internação psiquiátrica, serviço de emergência e de ambulância SAMU. No município somos cinco médicos, nenhum especialista, apenas um médico pediatra que atende no município uma vez na semana. Sempre houve carência de médicos. Muitos passaram por aqui, porém não permaneceram, talvez por ser um município pequeno e pela localização geográfica desfavorável.

A saúde em Porto Xavier apresenta uma evolução significativa na última década, segundo relato de profissionais e usuários, há 10 anos havia apenas duas ESFs e dois médicos para atender toda a população, um laboratório para realizar os exames laboratoriais e a saúde era muito precária. É unânime que a cidade prosperou durante esses últimos anos no âmbito da saúde.

O território adscrito na ESF onde atuo corresponde a quinze comunidades rurais (seis micro áreas) e uma micro área urbana, consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico. A população atendida abrange um total de 2271 usuários, segundo dados de dezembro de 2015 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), e a maioria reside em zona rural. Cada comunidade possui suas peculiaridades e possui sua escola e creche, algumas municipais e outras estaduais. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), lombalgia, parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas superiores (IVAS) e infecções do trato urinário baixo (ITU).

O Projeto de Intervenção (Anexo 1) na ESF foi sobre o tabagismo titulado: “Projeto de intervenção terapêutico antitabagista nas Estratégias de Saúde da Família do município de Porto Xavier – RS”. O presente estudo teve como objetivo combater de forma eficaz o tabagismo de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) a fim de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir os agravos decorrentes do seu consumo. Foi realizada uma busca ativa pelos ACS's para explicar o projeto e inscrever os pacientes interessados a participar. Foram selecionados pacientes tabagistas de ambos os sexos, conscientes e orientados e cadastrados nas quatro ESFs do município. A intervenção iniciou pela triagem dos pacientes com uma

palestra informativa do projeto. Após, foi realizada consulta médica para avaliação do nível de dependência nicotínica (escore de Fagerström) que direcionou o tratamento adequado, medicamentoso ou não. Realizaram consultas médicas nas sessões estruturadas, palestras e rodas de conversa junto com a equipe da psicologia e enfermeiros.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

22/08/2016

IDENTIFICAÇÃO: M.M.F, 55 anos, feminina, branca, aposentada, divorciada, ensino médio completo, natural de Porto Xavier /RS.

QUEIXA PRINCIPAL: consulta de rotina; “checkup”; elevação de pressão arterial na triagem;

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: paciente vem até a ESF, pois deseja realizar seu “checkup”, já que o faz anualmente. Nega precordialgia, dispneia, sudorese, náusea e vômito, distúrbio visual e cefaleia. Nega alterações do trato urinário e intestinal. Reside na zona rural do município de Porto Xavier /RS e como é início de mês foi ao banco receber sua aposentadoria e já aproveitou para ir até a ESF, pois deseja realizar seus exames laboratoriais de rotina, marcar o preventivo e realizar mamografia. História familiar negativa de câncer. Nega comorbidades, uso de medicação contínua, etilismo e tabagismo.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA: G3 PN2 A1; nega alergias; menopausa há dois anos. Apresenta história familiar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melittus (DM). Pai faleceu aos 69 anos de AVC isquêmico e sua mãe tem 65 anos é portadora de DM e hipotireoidismo.

REVISÃO DE SISTEMAS: sem particularidades.

PERFIL SOCIOECONOMICO: mora só, reside em uma casa de madeira e alvenaria, com 3 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 2 banheiros, água encanada e luz; sua renda é de aproximadamente 3 salários mínimos.

EXAME FÍSICO: bom estado geral, mucosas úmidas e coradas, lúcida e orientada no tempo e espaço, fala e linguagem típica, biótipo normolíneo, anictérica, acianótica, hidratada, afebril ao toque e eupneica;

PA:200x120 mmHg MMSS direito e 220x130mmHg MMSS esquerdo na posição sentada; 177x122mmHg na posição ortostática;

AC:BNF, RR, 2T, S/S

AP:MV+ SRA

FC: 82 bpm

FR: 20 irpm

SatO2 97%

TAX 36,5°C

Peso:65kg

Altura: 1,53 cm

IMC: 26 (sobrepeso)

Circunferência abdominal (CA): 92cm

Extremidades simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados, pulso pedioso simétrico e palpável;

Tireoide não palpável;
Ausência de déficit neurológico focal

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: crise hipertensiva; HAS?

CONDUTA:

Captopril 50mg VO agora;

Solicitado laboratoriais (hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, TSH, EAS, potássio) e ECG;

Solicitado controle de PA por 1 semana com aferição diariamente da PA em horários diferentes e com registro (dia, hora e nível pressórico); orientado sobre técnica de aferição adequada;

Oriento mudança de estilo de vida (MEV), dieta saudável e atividade física diária;

Encaminhada à nutricionista.

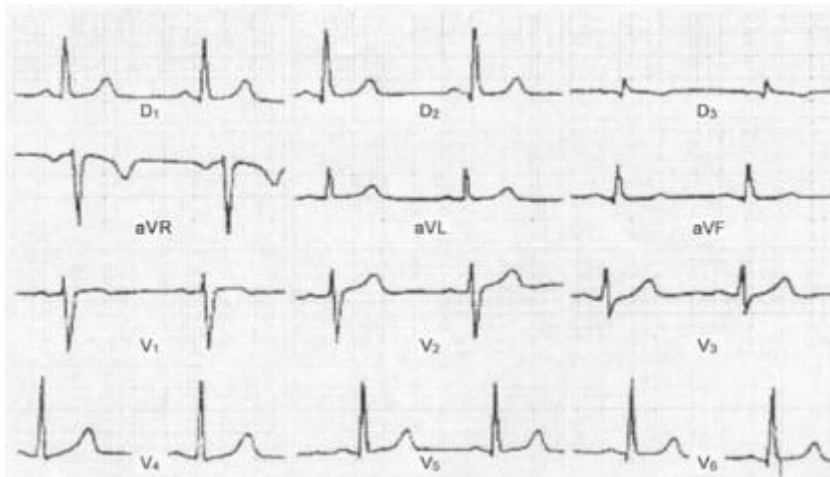
Marcado exame Papanicolau e solicitado mamografia de rastreio.

30/08/16

Paciente retorna para reavaliação, mostrar exames e controle pressórico conforme tabela abaixo.

Glicemia jejum	95
Colesterol total / HDL/	260/35
Triglicerídeos	221
Potássio	3,7
Creatinina	0,7
Acido úrico	3,0
EAS	Sem particularidades
TSH	3,2

ECG de repouso (22/08/16) Ritmo sinusal; FC 70bpm. ECG normal.



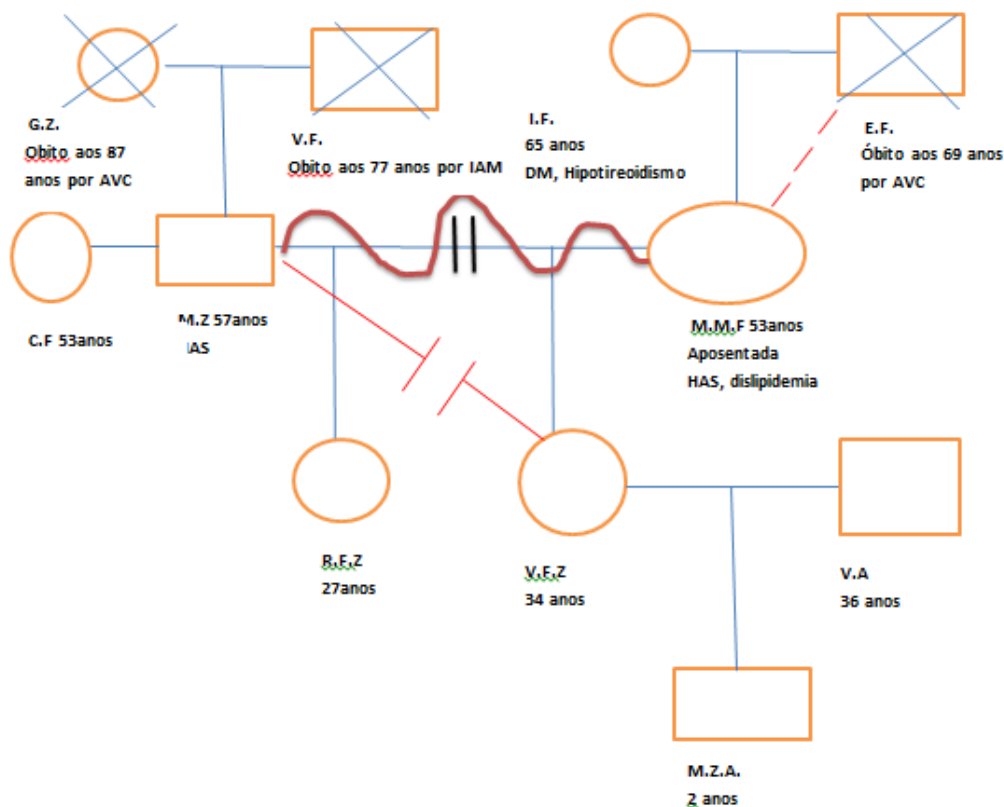
Controle de PA

DATA	HORA	PA
23/08	9:00	160x90mmHg
24/08	13:30	150x90mmHg
25/08	17:00	120x70mmHg
26/08	21:00	170x100mmHg
27/08	7:00	165x100mmHg
28/08	12:00	140x85mmHg
29/08	22:15	165x100mmHg

Diante dos exames apresentados pela paciente, percebo que ela apresenta dislipidemia e sobrepeso. Além disso, seus níveis pressóricos estão alterados sendo então realizado diagnóstico de HAS. Nova aferição da pressão arterial (PA) pela manhã no momento da consulta de 167x100mmHg. Após conversa, oriento sobre a importância da adesão ao tratamento bem como a adoção de medidas de mudança do estilo de vida (MEV), que inclui uma dieta saudável pobre em gorduras e com restrição de sódio e a prática regular de atividade física pelo menos 30 minutos/dia, sem necessidade de iniciar tratamento farmacológico para dislipidemia, uma vez que a paciente é considerada de baixo risco cardiovascular. Início tratamento com Hidroclorotiazida 25mg pela manhã e oriento novo controle de PA.

Após 1 mês a paciente retorna para a consulta para mostrar controle de PA que se mantém na média preconizado pelo *Joint National Committee's Evidence-Based Guideline for the Management of Blood Pressure in Adults* (JNC VIII). Afirmo estar cuidando de si, fazendo uso regular da medicação prescrita e não apresentou nenhum efeito adverso. Conseguiu perder 1kg nesse período. Orieo repetir perfil lipídico em 6 meses.

Realizo visita domiciliar no dia 10/09/16 para montagem do genograma familiar completo. No dia 09/02/17 vem à consulta para renovação de receita.



A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É um problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis. A prevalência aumenta com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade¹. Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças do aparelho circulatório têm sido a principal causa de morte no Brasil².

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas a MEV fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da HAS. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da PA poderão não ser atingidos mesmo com doses progressivas de medicamentos³.

Os profissionais da atenção básica (AB) têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e na implementação de estratégias de controle à hipertensão.

Na primeira consulta deve-se obter uma história clínica completa, com especial atenção aos dados relevantes referentes ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente e ao consumo progressivo

ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir em seu tratamento (anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, etc). A avaliação complementar é orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular. Dentre os exames laboratoriais de rotina para o paciente hipertenso está glicemia de jejum, EQU, HDL, colesterol total, triglicerídeos, potássio sérico, creatinina, ácido úrico e ECG de repouso².

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual, atentando sempre para o uso de técnica de aferição padronizada, preparo adequado do paciente e equipamento calibrado⁴. Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente⁵.

A posição recomendada para a medida da PA é a sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva².

Com relação ao tratamento não medicamentoso, devemos considerar que a relação entre o aumento de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora das alterações metabólicas associadas⁶. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m² e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e < 88 para as mulheres⁷. O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável⁸.

Segundo o VIII JOINT (*Joint National Committee's Evidence-Based Guideline for the Management of Blood Pressure in Adults*) recomenda para o manejo da HAS na população em geral < 60 anos, o tratamento farmacológico deve ser indicado quando a PAS \geq 140mmHg e/ou PAD \geq 90mmHg, com o objetivo de se atingir PA < 140/90 mmHg. Já na população não-negra, incluindo aqueles com DM, o tratamento anti-hipertensivo inicial deve incluir um diurético tiazídico, bloqueadores do canal de cálcio (BCC), inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA).

O principal objetivo do tratamento da HAS é atingir e manter a meta pressórica. Se o objetivo da PA não é alcançada dentro de um mês de tratamento, deve-se aumentar a dose da droga inicial ou adicionar uma segunda droga dentre as seguintes: diurético tiazídico, BCC, IECA ou BRA. Se a meta pressórica não pode ser alcançada com duas drogas, é necessário adicionar uma terceira droga a partir da lista fornecida. Não usar um IECA e um BRA juntos em um mesmo paciente. Se os objetivos não foram alcançados apenas com as drogas acima citadas, ou quando houver alguma contraindicação ou a necessidade de usar mais de três drogas para se atingir a meta, anti-hipertensivos de outras classes podem ser usados. Além disso, o encaminhamento para um especialista em hipertensão pode ser necessário em caso de pacientes com HAS resistente ao uso de quatro ou mais drogas, ou pacientes com outras complicações clínicas.

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares⁹. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de atenção básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a adversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Conforme no caso apresentado, a paciente apresenta dislipidemia (elevado colesterol total, hipertrigliceridemia e baixo HDL), sendo o fator mais prevalente para a aterosclerose e que pode ser classificado como primária quando associada a fator genético ou secundária quando é causada por alguma doença subjacente, medicamentos ou estilo de vida inadequado, que representa a maioria dos casos. Conforme recomendações deve-se retirar ou tratar os fatores causadores da dislipidemia antes de iniciar a terapia hipolipemiante, se possível, como a MEV.

A intensidade do tratamento varia de acordo com o risco cardiovascular de cada indivíduo que é avaliado de acordo com a presença ou não de doença aterosclerótica significativa e seus equivalentes como angina estável, síndrome coronariana aguda, doença arterial cerebrovascular, doença arterial carotídea e periférica, DM e aneurisma ou estenose de aorta abdominal. Na ausência de qualquer critério de alto risco, pode-se verificar a presença dos fatores de risco clássicos para doença arterial coronariana (DAC) ou estimar o risco por meio de escores, como o de Framingham. No caso da paciente do caso clínico ela apresenta baixo risco cardiovascular, e, portanto está indicado apenas e reavaliação do perfil lipídico em 6 meses¹⁰.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A equipe de saúde da ESF Vida do município de Porto Xavier, localizado no interior do Rio Grande do Sul, conta com um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico, um dentista, um psicólogo, um fisioterapeuta e sete ACS's. Os profissionais sempre visam o trabalho multidisciplinar e organizado de forma que a população adscrita tenha amplo e fácil acesso aos serviços de saúde prestados, a fim de sanar suas necessidades. O acesso é universal, sob livre demanda e contínuo visando sempre a resolutividade dos problemas da população. A atenção primária é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no município, sempre respeitando o princípio da equidade. O princípio da integralidade se sobrepõe ao processo doença, o cidadão é avaliado como um todo, incluindo o contexto familiar e social ao qual ele está inserido.

Diariamente a equipe trabalha em prol de medidas e ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, de vigilância à saúde e de tratamento e reabilitação, trabalhando de forma interdisciplinar a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado. A fim de promover a valorização dos profissionais, eles são estimulados a participar de capacitações de diversas áreas a fim de qualificar cada vez mais o atendimento na atenção básica.

Dentre as ações realizadas junto à equipe multidisciplinar, destaca-se o atendimento e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, de acordo com o Caderno de Atenção Básica 33 do Ministério da Saúde, desde a primeira semana de vida. Durante o pré-natal, semanalmente a equipe realiza encontro com o grupo de gestantes do território para abordar questões sobre promoção do aleitamento materno, cuidados de higiene com o recém-nascido, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos, facilitando, posteriormente, a consulta de puericultura. Momento adequado para avaliar a saúde e o bem-estar da criança, o vínculo com a família e orientar sobre as imunizações. Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. Sendo assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do recém-nascido para o acompanhamento da criança deve iniciar desde o pré-natal¹¹.

A primeira consulta do recém-nascido na unidade ocorre ainda na primeira semana de vida, momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal, para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família, para verificar a Caderneta de Saúde da Criança, para identificar situações de riscos e vulnerabilidades ao nascer e para avaliar a saúde da puérpera.

As consultas são sob livre demanda, sem agendamento prévio. Sempre é realizado o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para o registro das principais informações de saúde da criança (Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania/MS, 2011), instrumento que facilita a comunicação entre pais e profissionais. A partir da anamnese, procura-se avaliar principalmente as condições do nascimento da criança e os antecedentes familiares, muitas vezes já conhecidos pela equipe. Um exame físico completo é realizado já na primeira consulta de puericultura e seus achados são compartilhados com os pais, como forma de facilitar-lhes a percepção das necessidades do bebê.

São realizadas as medidas antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico), avaliação do estado geral e dos principais sistemas, incluindo o exame neurológico com a pesquisa dos reflexos primitivos. Conforme preconizado pela literatura, é nesse momento que avaliamos o contexto familiar e a presença de vulnerabilidade através dos fatores de risco como gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez, separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, pais com dificuldades de assumir a parentalidade e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas)¹².

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir daí, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência^{12,13}. Em nossa Unidade geralmente estimulamos consultas mensais até os dois anos de vida, pois atualmente há 16 lactentes no território adscrito e a maior parte da população apresenta baixo nível socioeconômico.

Os exames complementares visam o estabelecimento do diagnóstico em que a anamnese e o exame físico não são capazes de detectar isoladamente. Durante o acompanhamento de puericultura, podem surgir intercorrências que demandem a solicitação de exames complementares. Convém que os profissionais de saúde conservem o bom senso pela capacidade de realizar prevenção quaternária, que é um conjunto de ações voltadas para evitar a iatrogenia associada às intervenções ou os excessos de exames preventivos. Não há, até o momento, estudos sobre um delineamento adequado para avaliar o impacto do rastreamento de anemia em crianças assintomáticas. O grupo etário de maior risco de anemia é os lactentes, pelo rápido crescimento associado à ingestão frequentemente inadequada de ferro na referida faixa etária^{13, 14}. Por esse motivo, seguimos o protocolo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro que recomenda suplementação a todas as crianças de 6 a 24 meses (a partir dos 4 meses para as que não estiverem em aleitamento materno exclusivo) e mais precoce para as de baixo peso ao nascer e as prematuras¹³. Por tal razão, não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação de ferro para a prevenção.

O exame parasitológico de fezes pode ser realizado em crianças que vivam em áreas de maior prevalência de parasitoses intestinais, mas não existem recomendações a respeito da frequência ideal¹⁵. De qualquer modo, devem ser estimuladas medidas preventivas contra verminoses (como uso de calçados, lavagem e/ou cocção adequada dos alimentos, lavagem das mãos antes das refeições, manutenção de unhas curtas e limpas, boa higiene pessoal e proteção dos alimentos contra poeira e insetos)¹⁴. Em decorrência da maior parte do território adscrito abranger a zona rural do município e má condições de higiene, sempre orientamos as medidas preventivas já citadas e o uso de vermífugos anualmente de forma profilática, solicitando o exame parasitológico de fezes para casos selecionados.

Visando sempre a prevenção de morbidades futuras, a equipe de atenção básica à saúde tem um papel fundamental na detecção dos casos de risco e de obesidade infantil. Para avaliação do estado nutricional das crianças, utilizamos as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) de acordo com a idade. As crianças e os adolescentes são sempre estimulados a praticar atividade física e ter uma dieta saudável. A prevalência de sobrepeso e obesidade infantil está aumentando em todo o mundo, com reflexos em curto e longo prazos na saúde pública.

No Brasil, a obesidade vem aumentando em todas as camadas sociais. A aterosclerose e a hipertensão arterial são processos patológicos iniciados na infância e, entre os fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, estão os hábitos alimentares desregrados e a falta de atividade física. Portanto, intervir precocemente, ou seja, prevenir a obesidade na infância significa diminuir, de uma forma racional e menos onerosa, a incidência de doenças crônico-degenerativas^{16,17}. Em relação ao perfil lipídico, a literatura recomenda realizar o rastreamento a partir dos 2 anos de idade, a cada 3 a 5 anos para as crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl¹⁷.

O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil na atenção básica objetiva a promoção, a proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança¹⁸. A criança deve atravessar cada estágio segundo uma sequência regular, ou seja, os estágios de desenvolvimento cognitivo são sequenciais. O desenvolvimento se dá à medida que a criança vai crescendo e vai se desenvolvendo de acordo com os meios onde vive e os estímulos deles recebido¹⁹. Em cada consulta de puericultura do lactente ou da criança a equipe avalia as habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva se estão de acordo com a idade. A identificação de problemas é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças.

As avaliações do desenvolvimento infantil devem sempre levar em consideração as informações e opiniões dos pais e da escola sobre a criança²⁰. Recomenda-se procurar ouvir, informar e discutir assuntos que dizem respeito às habilidades desenvolvidas e à maneira como a criança as explora, relacionando-as aos riscos de lesões não intencionais e às medidas para a sua prevenção¹⁸.

Em suma, através de um trabalho articulado com toda a equipe de saúde da Unidade é possível realizar um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua família a fim de atuar na promoção e prevenção de agravos futuros.

4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Em decorrência da transição demográfica com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida junto com a transição do perfil epidemiológico das doenças transmissíveis para as doenças crônicas não transmissíveis (crônico-degenerativas), necessitou-se de uma reformulação do modelo de atenção à saúde que atenda as necessidades da população, através de um cuidado continuado e intensivo. Diante desse contexto, surgiu a atenção domiciliar (AD) junto às equipes de estratégia de saúde da família. Esse modelo visa o cuidado continuado no domicílio a fim de diminuir o número de hospitalizações dos pacientes do território de abrangência, possibilitando uma maior otimização dos recursos e do suporte necessário aos pacientes mais graves e seus familiares.

Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde”²¹. Além disso, ela possibilita que as equipes conheçam o contexto social e familiar aos quais os indivíduos estão inseridos e identificam as situações de vulnerabilidade. Na AD, a equipe deve respeitar o espaço da familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde²¹.

Os usuários que necessitam de AD podem ser identificados a partir da solicitação pelo próprio usuário, familiar, vizinho, justiça ou através da visita realizada pelos agentes comunitários de saúde. Para poder usufruir desse atendimento, é necessário que o indivíduo seja morador da área de abrangência, apresente um cuidador responsável por ele, apresente alguma condição clínica que o incapacite de ir até a Unidade de Saúde, dando-se preferência aos pacientes acamados e que apresente dependência para a realização das atividades cotidianas através do consentimento da família.

A equipe da ESF Vida do município de Porto Xavier-RS onde atuei reserva um turno na semana para a realização de visitas domiciliares, geralmente nas quintas pela manhã, em que se desloca até os domicílios um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o agente de saúde da respectiva área. Durante a visita a equipe orienta a família de forma clara e concisa sobre o diagnóstico da doença, gravidade e os principais cuidados que se deve ter. Também sempre é discutido com o cuidador sobre a melhor forma de organizar as medicações, cuidados de higiene, alimentação e prevenção de acidentes domésticos. Dá-se ênfase sempre que as responsabilidades devem ser pactuadas tanto pela família quanto pela equipe de saúde. A família sempre participa no planejamento de ações a serem desenvolvidas no domicílio.

Os idosos são os usuários que mais utilizam os serviços de saúde da Unidade. Pelas altas taxas de morbimortalidade dessa população, esse grupo etário é tratado como prioritário para acompanhamento pela equipe de saúde, junto com gestantes, puérperas e crianças. Por serem grupos vulneráveis dentro de uma classificação de risco, a equipe

sempre realiza busca ativa de problemas, impactando positivamente sobre os índices de saúde do município.

Em suma, a visita domiciliar é uma ferramenta muito útil na atenção básica, pois ajuda a equipe a conhecer melhor a população do território, bem como realizar medidas preventivas sobre o autocuidado, reduzindo o número de hospitalizações e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Até meados da década de 80, o acesso a saúde era restrito para quem podia pagar pelos serviços ou era trabalhador formal. Sendo assim, apenas uma pequena parcela da população tinha direito e quase a metade da população ficava descoberta. Tratava-se de um modelo totalmente excludente.

Graças aos movimentos populares junto com a VIII Conferência da Saúde em que seus objetivos serviram como subsídio para a criação do SUS mediante artigo constitucional em 1988. A partir daí, de acordo com o artigo 196, a saúde passou a ser direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação²¹.

Diante desse contexto, a saúde precisou passar por uma reorganização do modelo assistencial, através do Programa Saúde da Família, instituída em 1994, e em 2006 passou a ser Estratégia da Família (ESF), em que a assistência à saúde é de acordo com o perfil epidemiológico de cada território e de forma hierarquizada, com foco na atenção primária. Além disso, inclui ações de promoção da saúde, de prevenção, de recuperação e de reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de pessoas, localizadas em um território bem delimitado.

Durante a realização do curso de especialização e das atividades propostas tanto do Eixo I como dos Casos Complexos, foi possível realizar algumas mudanças importantes e efetivas no cotidiano da Unidade de Saúde junto com toda a equipe multiprofissional durante as reuniões de equipe. Dentre as medidas inovadoras realizadas na ESF, destaco a formulação de uma Agenda Compartilhada para otimizar os atendimentos e organização do fluxo. Além disso, a equipe percebeu a importância de reservar um tempo para a discussão de casos de forma multiprofissional.

Indubitavelmente, o curso de especialização em Saúde da Família contribuiu muito para o meu aperfeiçoamento profissional tanto científico quanto práticos. Todos os assuntos abordados em cada eixo são, de fato, os mais prevalentes na prática cotidiana da atenção básica onde atuei. E o mais importante, a revisão bibliográfica do material exposto era bastante atualizada.

Enfim, ao finalizar a construção do portfólio, ferramenta até então desconhecida por mim, percebi claramente o conhecimento adquirido ao longo do tempo através das tarefas realizadas. Também foi capaz de proporcionar a capacidade de realizar reflexão sobre aspectos importantes da Saúde Coletiva.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
2. VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HAS disponível em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf acesso em outubro 2017
3. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Sandra Rejane Soares Ferreira. Itemar Maia Bianchini. Rosane Glasenapp. Elizabeth Kalil Nader. Organizadores. Porto Alegre - RS. Junho de 2009 disponível em <http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf> acesso em setembro 2017.
4. Ogihara T, Kikuchi K, Matsuoka H, Fujita T, Higaki J, Horiuchi M, et al on behalf of The Japanese Society of Hypertension Committee. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2009). Hypertension Research 2009; 32, 11–23.
5. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. J Hypertens 2005; 23: 697–701.
6. Guimarães ICB, de Almeida A, Santos AS, Barbosa DBV, Guimarães AC. Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes. Arq Bras Cardiol 2008; 90(6): 426–432.
7. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol 2005; 84, S I:1-2.
8. Greenberg I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I; DIRECT Group. Adherence and success in long-term weight loss diets: the dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). Am Coll Nutr 2009; 28(2): 159–168.
9. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. Cardiovascular risk factors and their impact on decision to treat hypertension: an evidence-based review. BMJ 2001; 322: 977–980.
10. Clínica Médica - Consulta Rápida - 4ª Ed. 2013 - Stephen Doral Stefani, Elvino Barros.
11. DEMOTT, K. et al. Clinical guidelines and evidence. Review for postnatal care: routine postnatal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2006.
12. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Porto Alegre: SMS, 2004.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Editora MS, 2005.
14. DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C. Promoção e proteção do desenvolvimento da criança. In: DUNCAN, B. et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 190-199.
15. RUIZ-CABELLO, F. J. S. Prevención primaria y detección precoz de La ferropenia. PrevInfad,Espanha, jun. 2011. Disponível em: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_ferropenia.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro 2017.
16. CESAR, J. A. et al. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, nov./dez. 2006
17. Daniels SR, Greer FR; Committee on Nutrition. Lipid screening and cardiovascular health in children. Pediatrics. 2008;122:198-208
18. BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth
19. MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003. Suplemento.
20. FLAVELL, J. H. A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget. São Paulo: Pioneira, 1996; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI. Washington: OPAS, 2005.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes).

7. ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Rosana Ferrazza Zaltron

PROJETO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICO ANTI-TABAGISTA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO XAVIER - RS

Porto Xavier, RS

Agosto/2017

RESUMO

O uso de drogas lícitas consiste em um problema de saúde pública com impacto social e econômico para a população mundial. Dentre elas, o tabaco é o principal responsável pela maior parte dos danos à saúde. O presente estudo teve como objetivo combater de forma eficaz o tabagismo de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) a fim de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir os agravos decorrentes do seu consumo na Atenção Básica (AB) no Município de Porto Xavier, RS. Foi realizado uma busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para explicar o projeto e inscrever os pacientes interessados a participar. Foram selecionados pacientes tabagistas de ambos os sexos, conscientes e orientados e cadastrados nas quatro Estratégias de Saúde da Família do município. A intervenção iniciou pela triagem dos pacientes com uma palestra informativa do projeto. Após, foi realizada consulta médica para avaliação do nível de dependência nicotínica (escore de Fagerström) que direcionou o tratamento adequado, medicamentoso ou não. Realizou consultas médicas nas sessões estruturadas, palestras e rodas de conversa. A medicação foi adquirida via 12ª Coordenadoria de Saúde no município de Santo Ângelo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado e foram esclarecidos de que não seriam remunerados pela participação. Os pacientes que cessaram o tabagismo permanecem em acompanhamento na UBS, junto aos remanescentes. Observou-se mudanças fisiológicas, psicológicas e orgânicas, bem como melhoria da saúde bucal, recuperação do olfato e do paladar, aumento do apetite e do peso, maior disposição para as atividades cotidianas e redução da ansiedade nesses pacientes.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; tabagismo; Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	04
2	Problema.....	06
3	Justificativa.....	07
4	Objetivos.....	08
	4.1 <i>Objetivo Geral</i>	08
	4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	08
5	Revisão da Literatura.....	09
6	Metodologia.....	13
7	Cronograma.....	15
8	Recursos Necessários.....	16
	8.1 <i>Recursos Humanos</i>	16
	8.2 <i>Recursos Materiais</i>	16
9	Resultados Esperados.....	17
10	Referências bibliográficas.....	18
	Anexo I.....	19
	Anexo II	20
	Anexo III.....	21

1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas lícitas ou ilícitas consiste em um problema de saúde pública com impacto social e econômico para a população mundial. Dentre as várias drogas que se pode citar, o tabaco, por ser uma droga lícita, é o principal responsável pela maior parte dos danos à saúde tanto de seus consumidores quanto dos familiares ou pessoas próximas a estes, representando cerca de 4,9 milhões de mortes anuais, o que equivale a mais de 10 mil mortes por dia, segundo a Organização Mundial da Saúde¹.

O tabaco representa um grave problema para os sistemas nacionais de saúde. Apesar dos esforços de controle, seu uso se mantém prevalente em todo o mundo e crescente na maioria dos países em desenvolvimento. No Brasil, como resultado das importantes ações de controle do tabaco desenvolvidas, a prevalência de tabagismo vem diminuindo desde o final do século passado².

O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável no mundo. Sabe-se que um terço de toda a população mundial é fumante, havendo uma diferença considerável ao se comparar os sexos, totalizando aproximadamente em 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina³. O uso do tabaco gera altos custos sociais e econômicos. Trata-se de uma doença crônica resultante da dependência à nicotina e um fator de risco para mais de 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer, asma, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares⁴. A expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não fumante. Segundo a OMS, todo ano cinco milhões de pessoas morrem no mundo por causa do cigarro.

O tratamento para cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício superiores inclusive aos tratamentos direcionados para hipertensão arterial leve a moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio. Cerca de 70% dos fumantes querem parar de fumar, mas poucos conseguem ter sucesso, sendo que a maior parte deles precisa de cinco a sete tentativas antes de deixar o cigarro definitivamente⁵.

A dependência à nicotina é uma desordem complexa e difícil de ser superada. A motivação para deixar o hábito é um dos fatores mais importantes

na cessação do tabagismo. Como fator fundamental no combate ao tabagismo foram criados em todo o Brasil programas de controle do tabagismo.

Mediante esta realidade, faz-se necessário o combate eficaz do tabagismo a fim de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir os danos e agravos decorrentes do consumo deste, consistindo esse o principal objetivo desse projeto de intervenção. Para isso, foi implantado o PNCT, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), pois segundo o mesmo “*o tratamento da pessoa tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas*”⁶.

2. PROBLEMA

O tabagismo é considerado o principal fator de risco passível de prevenção para várias doenças. Apresenta alta mortalidade prematura em todo o mundo. De acordo com a OMS, 70% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% a 5% conseguem sem qualquer tipo de ajuda. Com o auxílio médico e psicólogo o sucesso pode ser superior a 50%⁴.

Buscar recursos para expandir as redes de prevenção e de tratamento de dependentes deve ser uma estratégia a ser conquistada, visto a qualidade de vida livre do uso do tabaco. Trata-se de uma droga legalizada, porém que vicia causando dependência física e psicológica. Ainda são muitos os desafios a serem enfrentados pelos fumantes, profissionais de saúde e órgãos responsáveis.

No município de Porto Xavier a meta dos gestores e profissionais de saúde é ampliar o acesso aos usuários interessados em parar de fumar com o auxílio do PNCT implantado nas Estratégias de Saúde da Família.

3. JUSTIFICATIVA

Em uma busca ativa realizada em outubro 2016 a janeiro de 2017 com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Equipes de Saúde da Família do município de Porto Xavier – RS, localizado na fronteira Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com cerca de 10 mil e 558 habitantes foi identificado que um número expressivo da população faz uso de algum tipo de droga, principalmente o tabaco. Existe o uso abusivo do tabaco e seus derivados, decorrente de uma herança cultural em que perpassa de geração após geração, em que o cigarro representava a detenção do poder aquisitivo.

Apesar da representação social do tabaco ter mudado, devido à intervenção da OMS, a população continua a fazer uso por costume local. Segundo o MS o uso dessa droga vem reduzindo progressivamente, porém observa-se que em alguns grupos populacionais continuam o uso contínuo dessas substâncias (BRASIL, 2013c).

De acordo com a busca ativa realizada, observei a necessidade de realizar uma intervenção voltada para este público, com intuito de mostrar à comunidade os efeitos que podem ocasionar o uso constante do tabaco, a fim de estimular a uma reflexão crítica com o propósito de modificar o comportamento da comunidade.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo GERAL:

Implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo junto a Secretária Municipal de Saúde de Porto Xavier RS que abrange uma população de quatro Estratégias de Saúde da Família.

4.2 Objetivos Específicos:

- Realizar uma intervenção grupal com ênfase na educação em saúde;
- Descrever a implantação do programa;
- Caracterizar os usuários do programa;
- Avaliar as medidas terapêuticas utilizadas no programa;
- Dar suporte medicamentoso aos participantes do grupo para prevenção da crise de abstinência;
- Estimular os participantes a expor suas dificuldades no processo de abandono do tabaco;
- Reduzir índice de consumo de tabaco e seus derivados na comunidade local;
- Realizar educação continuada na comunidade no combate ao tabagismo e seus derivados;

5. REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2003).

O tabaco é consumido pela humanidade há milhares de anos. Antes relacionado ao poder e ao status social, o seu uso somente se disseminou na história mais recente, principalmente a partir da industrialização do cigarro e das ações intensivas de marketing, tornando-se um problema para os sistemas nacionais de saúde. O seu uso contribui diretamente para o desenvolvimento de diversos agravos de saúde, cuja prevalência vem aumentando progressivamente no último século, gerando custos sociais e econômicos enormes.

Consumido de diferentes maneiras, o tabaco configura-se hoje como a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo. Há um esforço mundial, envolvendo organismos governamentais, não governamentais, profissionais de saúde e sociedade civil, para regulamentação e controle do uso do tabaco, de forma a desestimular o seu consumo prevenindo a iniciação (especialmente entre os jovens) e estimulando/apoiando a cessação para os usuários.

Nos últimos anos, o Brasil aprovou diversas regulamentações que tratam desde consumo de tabaco em espaços públicos, formas de propaganda, aumentos de impostos e regulamentação do uso de aditivos, até políticas de substituição da agricultura do tabaco por outros produtos agrícolas. Deve-se, em grande parte, a essas ações de impacto populacional a queda da prevalência do tabagismo na população brasileira observada nas últimas décadas (31,7% da população adulta em 1989 para 14,7% em 2013)⁴.

Algumas variáveis se associam à prevalência de tabagismo, em especial o sexo, a raça/cor, o tipo de região, a escolaridade e a renda. A prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino, na raça/cor preta e na região rural. Em relação à escolaridade, as proporções de fumantes são mais expressivas entre aqueles com menor grau de instrução, reduzindo-se progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Além disso, a prevalência de fumantes encontrada também se apresenta inversamente proporcional à renda⁴.

Em famoso estudo prospectivo realizado no Reino Unido, constatou-se que o ato de parar de fumar, ainda que com idade mais avançada, aumenta a

expectativa de vida da pessoa. Os fumantes que interromperam o processo aos 60 anos conquistaram pelo menos 3 anos de vida adicionais na expectativa de vida; aqueles que interromperam o tabagismo aos 50 anos ganharam 6; e os que o fizeram aos 40 obtiveram cerca de 9 anos adicionais. Os que pararam antes da meia idade ganharam aproximadamente dez anos de vida e tiveram curvas de sobrevivência semelhantes às de pessoas que nunca fumaram⁴.

Além da importante redução no risco relacionado às doenças crônicas, há outros benefícios relevantes com a cessação do tabagismo, como melhora da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele, do convívio social com pessoas não tabagistas e melhora no desempenho de atividades físicas além de reduzir os danos ao meio ambiente. Todos esses dados justificam o esforço mundial de controle do tabaco, incluindo as ações de cessação do tabagismo (BRASIL, 2001).

Para enfrentar essa questão, com o intuito de universalizar o tratamento do tabagismo, o MS reviu a portaria que dava as diretrizes para o PNCT e publicou nova portaria em 2013 (Portaria MS/GM nº 571, de 5 abril de 2013), que define como locus principal de cuidado, da pessoa que fuma, a AB, nível de atenção à saúde mais capilarizado e próximo dos usuários. Além da revisão das normas, o MS está trabalhando de forma a ampliar a distribuição dos medicamentos que compõem o PNCT.

Não só o fumo ativo, mas o passivo também aumenta os riscos de doença. Sete não fumantes morrem por dia em consequência do fumo passivo. O tabagismo passivo aumenta em 30% o risco para câncer de pulmão e 24% o risco para infarto. Os tratamentos mais eficazes unem apoio medicamentoso com mudanças de hábitos. A combinação é importante porque o tabaco causa dependência física, psicológica e comportamental⁴.

O tratamento para a cessação do uso do tabaco, especialmente do tabagismo com o cigarro comum, apresenta elevado custo-efetividade e aumenta significativamente as chances do usuário de tabaco alcançar abstinência definitiva. Logo, todos os profissionais de saúde devem estar preparados (e sensibilizados) para estimular e apoiar o seu paciente a parar de fumar. Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, promover ações de informação, incentivo e apoio ao abandono do tabagismo. Dados recentes mostram que dos tabagistas que tentam parar de fumar (aproximadamente metade do total de tabagistas), apenas uma minoria recebe aconselhamento de um profissional de saúde sobre como parar e uma parte menor ainda recebe um acompanhamento adequado para este fim⁴.

Pesquisas confirmam que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta, reforçando os malefícios do tabaco e a importância da cessação do seu uso, aumentam significativamente as taxas de abstinência. Apesar de as taxas de sucesso aumentarem individualmente com o aumento da intensidade da abordagem do tabagista, o impacto em termos de saúde pública parece ser superior com abordagens breves em um maior número de usuários em relação a abordagens intensivas direcionadas a poucos usuários⁴.

Os profissionais da AB assumem um papel de destaque nesse cenário já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo.

O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho voltado a este propósito, intensificado desde a década de 1980. Para tanto, foram fundamentais o incentivo e a adoção de ações educativas e de tratamento, aliados a medidas legislativas, publicitárias e econômicas. Visto o impacto na saúde, individual e coletivamente, é essencial que sejam desenvolvidas ações de prevenção ao uso do tabaco, especialmente no âmbito da Saúde e da Educação. Nesse sentido, informar os usuários da unidade de saúde acerca dos malefícios do tabagismo é uma das ferramentas mais importantes, bem como estabelecer parcerias intersetoriais para divulgação dessas informações em escolas, parques ou outros espaços da comunidade (BRASIL, 2001).

Como exposto anteriormente, os principais componentes do tratamento para cessação do tabagismo são a abordagem cognitivo-comportamental e o apoio farmacológico, sendo o primeiro o principal alicerce do acompanhamento e o segundo, um auxiliar. O tratamento medicamentoso visa, basicamente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, portanto voltado apenas ao que se refere à dependência física. Assim, entende-se seu papel de auxiliar na cessação do tabagismo, que envolve dependências física, psíquica e social (condicionamento) (FIORE, 2000).

Meta-análises descobriram que a abordagem farmacológica, associada a cognitivo-comportamental aumenta substancialmente o sucesso da cessação de fumar (FIORE, 2000). A intervenção farmacológica deve ser feita de forma individualizada. A decisão terapêutica e o início da intervenção farmacológica dependerão de uma avaliação clínica do fumante, onde deve ser analisado o perfil e as preferências do fumante, bem como suas condições clínicas e seu histórico de saúde. Uso de medicamentos, patologias atuais ou pregressas.

A avaliação individual deve ser pelo enfermeiro ou pelo médico de família. Deve-se levar em conta o estágio de motivação da pessoa e a possibilidade de outras mudanças de estilo de vida que, apesar de não ser obrigatória, pode ajudar no controle da sintomatologia de abstinência, principalmente quando relacionada à atividade física. Devido à probabilidade de ocorrência de eventos adversos, todos os usuários em uso de farmacoterapia devem ser acompanhados regularmente até o final do tratamento.

As opções para tratamento farmacológico para cessação do tabagismo dividem-se em medicamentos nicotínicos (Terapia de Reposição de Nicotina – TRN) com os adesivos e goma e os não nicotínicos (bupropiona). São considerados medicamentos de primeira linha no SUS TRN com adesivos, isolada ou associada; bupropiona, isolada ou associada à TRN. A eficácia

comparada dos tratamentos farmacológicos isolados ou em combinação foi publicada em 2008, em uma diretriz de tratamento para cessação do tabagismo, por meio da comparação de vários estudos. Observou-se que as taxas de abstinência para tratamentos com monoterapia – goma, adesivo e bupropiona – são próximas. Comparações diretas entre elas não encontraram diferenças significativas (STEAD et al., 2012). Entretanto, o tratamento combinado – adesivo (TRN) + goma (TRN) ou adesivo (TRN) + bupropiona – mostrou resultados significativamente superiores em comparação às monoterapias (FIORE et al., 2008^a).

6. METODOLOGIA

Trata-se de uma atividade terapêutica realizada no município de Porto Xavier RS, abrangendo as quatro ESF, junto a Secretaria Municipal de Saúde. O propósito foi intervir em um determinado hábito da comunidade, estimulando à adesão antitabagista através do PNCT. O programa consistiu na formação de grupos socioeducativos, com sessões estruturadas e dispensação de medicamentos para auxílio no tratamento.

O procedimento de intervenção foi norteado pelo PNCT desenvolvido pelo MS e implementado pelos profissionais de saúde na AB do município. Para seleção, adotaram-se como critérios de inclusão: ser pacientes de ambos os sexos; maiores de 18 anos; fumantes de vários níveis de dependência nicotínica; usuários cadastrados na UBS; estarem conscientes e orientados e manifestarem o desejo em parar de fumar.

A intervenção se iniciou pela triagem dos pacientes através de uma palestra informativa a cerca do projeto em fevereiro de 2017 e posteriormente consulta médica para avaliação do paciente através de um questionário sobre o perfil de saúde e identificação do paciente (Anexo II) e uma escala para avaliar o grau de dependência nicotínica, utilizando o Escore de Fagerström (Anexo III), que direcionou quanto ao grau de dependência do uso do tabaco, que norteou, segundo o escore, qual era o tratamento adequado para os participantes, medicamentoso ou não. Ainda na primeira consulta, todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado (Anexo I) e foram esclarecidos de que não seriam remunerados pela participação e que poderiam retirar-se do programa a qualquer momento.

O projeto iniciou na segunda quinzena do mês de fevereiro de 2017 através das sessões estruturadas com reuniões semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo mês e sessões de manutenção nos próximos 6 meses. As sessões estruturadas foram direcionadas pela médica Rosana Ferrazza Zaltron. O planejamento e a realização dessas atividades com o grupo de tabagistas contou com a parceria dos ACS. Essa etapa baseou-se na busca do público-alvo e que manifestaram interesse em cessar o tabagismo e participar do Programa. O Projeto está em andamento. Em cada sessão avaliou-se a adesão do paciente ao tratamento e os possíveis efeitos colaterais das

medicações, sendo orientados a qualquer momento procurar o médico em seu ESF. O projeto iniciou com um grupo de 19 pacientes.

As palestras semanais no primeiro mês versaram sobre os seguintes temas de acordo com o PNCT: 1) Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; 2) Os primeiros dias sem fumar; 3) Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; 4) Benefícios obtidos após parar de fumar. Os pacientes que apresentaram Escore de Fagerström acima de 6 pontos receberam adesivo de reposição de nicotina associado a Bupropiona e aqueles com escore abaixo de 6 pontos adesivo de reposição de nicotina associado a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). A medicação e as cartilhas entregues no final de cada sessão estruturada foram fornecidas pela 12ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul, localizada no município de Santo Angelo. Desde a primeira sessão estruturada foi enfatizado a importância de determinar o dia “D” para parar de fumar.

Após as 4 sessões, caso o usuário pare de fumar, ele permanece no grupo de manutenção até terminar seu tratamento medicamentoso ou pelo tempo que julgue necessário, pois o grupo de manutenção acontece quinzenalmente no 2º mês e a partir daí mensalmente. Nas sessões de manutenção será abordado temas referentes a prevenção da recaída, como lidar com a fissura e o desejo de fumar, como manter-se sem fumar e hábitos de vida mais saudáveis. Caso o usuário não deixe de fumar, ele pode recomeçar o grupo novamente ou realizar consultas médicas individuais.

Foi considerada a regionalização das atividades e orientações de acordo com contexto da comunidade abrangida pelo projeto, respeitando crenças, valores, limitações e desejo dos participantes. Tomando por base o plano de cuidados, teve-se como objetivo informar e orientar os tabagistas de forma clara, objetiva e ilustrativa.

7. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	OUT/2016	NOV/2016	DEZ/2016	JAN/2017	FEV/2017	MAR/2017	ABR/2017 MAI/2017 JUN/2017 JUL/2017
Levantamento de demandas e necessidades.	X						
Busca Ativa	X	X	X				
Formação do grupo				X			
1ª Sessão estruturada					X		
2ª Sessão Estruturada					X		
3ª Sessão estruturada						X	
4ª Sessão Estruturada						X	
Acompanhamento contínuo							X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 Recursos Humanos

Pacientes oriundos das quatro Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Médico e Psicólogo.

8.2 Recursos Materiais

Utilizado ficha de identificação dos pacientes, Escala de Fagerström (Anexo II), Datashow e powerpoint para apresentação dos conteúdos de cada sessão. Foram fornecidas pela 12^a Coordenadoria de Saúde as cartilhas de cada sessão e as medicações.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Diante da minha atuação como médica no município de Porto Xavier apresento, a seguir, as informações referentes aos participantes do PNCT realizado no município que abrange usuários de quatro ESFs no período de fevereiro a agosto de 2017.

Tabela 1. Dados referentes aos participantes do PNCT. Porto Xavier, RS – 2017.

Informações	n
Pacientes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica	19
Pacientes que participaram da 1ª sessão	19
Pacientes que participaram da 4ª sessão	10
Pacientes sem fumar na 4ª sessão	06
Pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo	16
Número de pacientes que receberam terapia combinada Bup + adesivo	12
Abandono	09

Fonte: Dados extraídos da Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo – município de Porto Xavier RS, referente ao período de fevereiro a agosto de 2017.

Podemos perceber que, dos 19 pacientes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica, 100% (19) participaram da primeira sessão do grupo. No entanto, apenas 52,6% (10) estavam presentes na quarta sessão e participaram dos grupos de manutenção. Destes, 60% (6) estavam sem fumar na 4ª sessão do tratamento. É importante ressaltar que os usuários que não pararam de fumar, reduziram a quantidade de cigarros/dia.

Quanto ao uso de medicamentos para o tratamento do tabagismo, de todos que receberam algum tipo de tratamento, 75% (12) receberam terapia combinada Bupropiona + adesivo, 6,2% (1) somente adesivo por estar contraindicado o uso da Bupropiona e 18,7% (3) apenas adesivo de acordo com a escala de fagerström.

Acredito que com a utilização dos questionários de acompanhamento pelos ACS, será possível captar mais pacientes que desejam parar de fumar para o PNCT, monitorar os ex-tabagistas para que não haja recaídas e incentivar os tabagistas a abandonarem o cigarro.

O intuito maior, além de diminuir o número de tabagistas da área de abrangência e melhorar a qualidade de vida destes, é reduzir a incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) na comunidade, pois é sabido que o cigarro é um grave fator de risco das DCNT e precisa ser combatido.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO - World Health Organization. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle, 2004. Acesso em: 12/02/17; Disponível em: C
2. GARRET, B.E.; ROSE, C.A.; HENNINGFIELD, J.E. - Tobacco addiction and pharmacological interventions *Exp Opin Pharmacother* 2:1545 - 55, 2001.
3. MS – Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – Tratamento do Tabagismo. Brasília, MS, 2013.
4. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p. : il. (*Cadernos da Atenção Básica*, n. 40). ISBN 978-85-334-2339-8. 1. *Tabagismo*.
5. RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo and BOTELHO, Clóvis. Características ... *J. bras. pneumol.* [online]. 2007, vol.33, n.5, pp.592-601.

ANEXO I

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado Grupo de Tabagismo desenvolvido pela Dra. Rosana Ferrazza Zaltron junto a Secretária Municipal de Saúde do Município de Porto Xavier RS.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus. Fui informado(a) dos objetivos estritamente de interesse pessoal de participar do grupo. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Porto Xavier, 15 de fevereiro de 2017.

Assinatura do(a) participante:

Assinatura da médica responsável pelo programa:

ANEXO II
GRUPO TABAGISMO
Ficha de identificação

Nome:

Sexo:

Idade:

Endereço:

Telefone:

Agente de Saúde:

Escolaridade:

Comorbidades:

Medicações em uso:

Cigarros/dia:

Tempo:

Tentou parar de fumar S () N ()

Quantas vezes:

Etilismo S () N ()

Porque deseja parar de fumar:

ANEXO III

TESTE DE FAGERSTRÖM

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- () mais de 60 min _____ 0
- () entre 31 e 60 min _____ 1
- () entre 6 e 30 min _____ 2
- () menos de 6 min _____ 3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- () não _____ 0
- () sim _____ 1

3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- () não _____ 0
- () sim _____ 1

4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- () não _____ 0
- () sim _____ 1

5- Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- () não _____ 0
- () sim _____ 1

6- Quantos cigarros você fuma por dia?

- () menos de 11 _____ 0
- () de 11 a 20 _____ 1
- () de 21 a 30 _____ 2
- () mais de 30 _____ 3

TOTAL DE PONTOS – ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA

0-2 PONTOS -MUITO BAIXO

3-4 PONTOS - BAIXO

5 PONTOS - MÉDIO

6 – 7 PONTOS - ELEVADO

8-10 PONTOS - MUITO ELEVADO