



**Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família**



Lisdelmys García González

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A DIMINUIÇÃO DE PACIENTES
TABAGISTAS E DOENÇAS TABACO RELACIONADAS**

CAMPO GRANDE/MS

2015



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



LISDELMYS GARCÍA GONZÁLEZ

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A DIMINUIÇÃO DE PACIENTES TABAGISTAS E DOENÇAS TABACO RELACIONADAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dr. Edilson José Zafalon

CAMPO GRANDE/MS

2015

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus, por ser a minha fortaleza, sem Ele não seria possível nada em minha vida.

A meu esposo e companheiro, pela inesgotável paciência e sabedoria que redimem e orientam a minha vida.

A meus pais, por sua dedicação na minha educação, e terem me apoiado sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me colocar diante tantas oportunidades, conceder-me saúde e sua graça.

A meu esposo, pelo apoio e convivência harmoniosa, com tamanha dedicação e persistência.

A meu professor Edilson José Zafalon por sua orientação e colaboração neste projeto.

Grata a minha equipe de saúde que estiveram dispostos a trabalhar de maneira incondicional; mudando estilos de trabalho na função de cumprir esta intervenção proposta.

A todas aquelas pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Atualmente existe um grande número de doenças que são causas de internações, limitações permanentes e mortes, que muitas vezes podem ser prevenidas, como o uso do tabaco. O tabagismo é reconhecido como uma doença gerada pela dependência da nicotina. É também o mais importante fator de risco isolado para a aparição de muitas doenças, a maioria delas, graves, além disso, representa um alto número dos casos atendidos na Atenção Primária de Saúde. Observou-se na área de abrangência 60/23 do município de Ceilândia Sul, no Distrito Federal, uma grande prevalência de tabagismo e relação deste com muitas doenças na comunidade. Este trabalho tem como objetivo realizar um plano de intervenção com vistas à redução dos pacientes tabagistas mediante o desenvolvimento de ações educativas reduzindo as complicações associadas ao uso do tabaco. Trata-se de um projeto de intervenção de educação em saúde realizado com pacientes fumantes da área de abrangência acima citada. Pensou-se na implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no posto de saúde por meio de um grupo de apoio de tabagismo com prévia capacitação da equipe de saúde. Os participantes foram os pacientes tabagistas da área de abrangência com vontade de participar do projeto e de parar de fumar. Os dados foram obtidos por meio da Ficha A e de anamnese do paciente com posterior preenchimento da Ficha Ambulatorial de tabagismo. As ações educativas foram executadas através de 4 sessões em grupo, continuando com sessões de manutenção. Ao final da intervenção, 43,7 % dos participantes pararam de fumar e 12,5 % diminuiu consideravelmente o número de cigarros fumados por dia. Conclui-se que os objetivos do projeto foram alcançados e que a educação em saúde de maneira continuada favorece o aumento progressivo do conhecimento dos pacientes sobre sua doença, logo é traduzido em maior autonomia, autocuidado e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Tabagismo, abandono do ato de fumar, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Currently there are a number of diseases that are causes of hospitalizations, permanent impairment and death, which can often be prevented, such as tobacco use. Cigarette smoking is recognized as a disease caused by the nicotine dependence. It is also the single most important risk factor for the appearance of many diseases, most of them severe, in addition, is a high number of cases in Primary Health Care. It was observed in 60/23 coverage area of the city of Ceilândia Sul, in the Federal District, a large smoking prevalence and relation with many diseases in the community. This work aims to conduct an intervention plan with a view will reduce smokers by developing educational activities reducing the complications associated with tobacco use. It is a health education intervention project carried out with smokers the coverage area mentioned above. It was thought in the implementation of the National Program for Tobacco Control at the health center through a smoking support group provided with training of health staff. Participants were smokers the coverage area willing to participate in the project and to stop smoking even. Data were collected through the Sheet A, and patient history with subsequent filling of Ambulatory Sheet smoking. Educational activities were implemented through four group sessions, continuing with maintenance sessions. At the end of one intervention 43.7% of participants stopped smoking and 12.5% has considerably reduced the number of cigarettes smoked per day. It is concluded that the project objectives have been achieved and that the health education on an ongoing basis favors the progressive increase in patients' knowledge about their disease, so it is translated into greater autonomy, self-care and better quality of life.

Keywords: Smoking. Abandonment of the act of smoking. Primary Health Care.

SUMARIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	08
1.1 Introdução	08
1.2 Objetivos	10
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA	11
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	24

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

O tabagismo é reconhecido como uma doença gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. Essa dependência química faz que os fumadores se exponham continuamente a 4720 substâncias tóxicas¹. O tabagismo é o mais importante fator de risco isolado para cerca de 50 doenças, muitas delas graves e fatais, como o câncer, doenças cardiovasculares (angina e infarto), enfisema pulmonar, derrame cerebral, entre outras¹.

O início do consumo do tabaco data de longa data, aproximadamente no ano 1000 a.C. Em alguns casos, o seu consumo esteve relacionado a rituais mágico-religioso como nas sociedades indígenas da América Central. O seu consumo foi incrementado ao longo da história, principalmente no século XX, em consequência das campanhas publicitárias de incentivo ao ato de fumar².

Estima-se que, a cada dia, 100 mil crianças tornam-se fumantes em todo o planeta³.

O fumo é considerado pela Organização Mundial da Saúde como uma das principais causas de morte evitável mundialmente. Estima-se que na população mundial adulta, cerca de 1,3 bilhão de pessoas fuma, com predominância do sexo masculino (47%) em comparação ao feminino (12%). Nos países em desenvolvimento, os fumantes representam 48% dos homens e 7% das mulheres. Por outro lado, nos países desenvolvidos a participação feminina é 3 vezes maior, num total de 42 % de fumantes homens e 24% de mulheres fumantes. No Brasil, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), cujos resultados mostraram que 18,8% da população brasileira são fumantes, sendo 22,7% dos homens e 16% das mulheres^{4,5}. Devido a sua toxicidade, o número de mortes no mundo, decorrentes do tabagismo, é atualmente, cerca de 5 milhões ao ano e se tais tendências de expansão forem mantidas, as mortes causadas pelo uso do tabaco alcançarão 10 milhões/ano em 2030. Em Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes por ano em consequência do tabagismo¹².

O DF tem hoje cerca de 300 mil fumantes, o que corresponde a 10 por cento da população. Em 2000, esse percentual era de 39 por cento, relatou o coordenador do Programa de Controle do Tabagismo, Celso Rodrigues⁶. Um levantamento do Ministério da Saúde revela que o número de fumantes no Distrito Federal representa 9,7% da população. Esse dado coloca a Capital da República em 12o. lugar no ranking nacional de fumantes⁷. O levantamento revela ainda que, na capital do país, a frequência de fumantes passivos no domicílio é de 10%, sendo 9% em homens e 11% em mulheres. Além disso, a frequência entre pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia no Distrito Federal é de 3%: 5% homens e 2% mulheres⁸.

Na área de abrangência 60/23 do Centro de Saúde 10 na regional de Ceilândia, existem 3485 pacientes cadastrados, deles 238 são cadastrados como tabagistas. A maioria destes pacientes tabagistas apresentam outras co-morbidades que tem um vínculo direto ao uso do fumo. As mais frequentes são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Bronquite Aguda e Crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Dificuldade na concentração, entre outras.

Coincidindo com autores que enfatizam que o tabaco inalado, por meio de sua fumaça em grandes doses, contribui para a ocorrência de doenças, consideráveis graves, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias, entre outras, além de inúmeras sequelas e mortes⁹. Ações de controle do tabagismo na Atenção Primária à Saúde são de suma importância¹⁰.

Estudos realizados revelam que o aconselhamento realizado pelo profissional de saúde é uma estratégia importante em relação á diminuição do tabagismo. Uns dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% quando o fumante tenta parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo: <3 minutos, 16,0% a um aconselhamento: entre 3-10 minutos, e 22,1% se ele tem um aconselhamento intensivo: > 10 minutos¹⁶.

O presente projeto foi realizado com o objetivo de desenvolver uma intervenção com vistas á redução do tabagismo mediante a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo na Unidade de Saúde, reduzindo a morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas.

1.2 OBJETIVOS

Geral:

- Realizar um plano de intervenção para diminuir a prevalência do tabagismo na Unidade de Saúde 10 de Ceilândia Sul.

Específico:

- Implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo na Unidade de Saúde para evitar complicações á saúde associada ao tabagismo.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

O projeto de intervenção foi realizado na comunidade atendida pela Equipe Saúde da Família 23, do Centro de Saúde 10, localizada no Condomínio Sol Nascente de Ceilândia, DF. Com o objetivo de realizar intervenções mediante a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo na unidade de saúde. O programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, por meio da formação de um grupo de apoio ao fumante, fornecendo lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido.¹³ A diferença das outras patologias, o tabagismo não é motivo de consulta por parte dos pacientes na área, os quais geralmente minimizam os danos que este vício pode causar. Será desenvolvido no período de julho de 2014 a julho de 2015, porém, pretendesse que este grupo funcione de maneira continua como um serviço a mais dentro da unidade de saúde. A equipe conta com 965 famílias distribuídas em 5 micro áreas, dos quais 238 pacientes são tabagistas. Como critérios de inclusão seriam: que os pacientes sejam fumantes e tenham vontade de parar de fumar. Como critérios de exclusão foram os pacientes não fumantes e pacientes fumantes sem vontade de parar de fumar.

Inicialmente foi feita uma reunião com todos os integrantes da equipe com a intenção de sensibilizar aos mesmos sobre a necessidade de reduzir o número de fumantes na área, e conseqüentemente diminuir as doenças relacionadas ao tabaco presente nestes pacientes. Nesta reunião se planejou o desenvolvimento da ação educativa com os participantes e organizará a gestão para a capacitação da equipe, o cronograma das atividades, a definição do espaço físico dos encontros e os períodos, datas e horários.

O trabalho foi feito com a participação de toda a equipe de saúde: 1 médica do Programa Mais Médicos, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, e 1 assistente social da unidade de saúde. Serão necessário a utilização de: prontuário do paciente, fichas clinicas ambulatoriais de tabagismo , folhetos educativos, manual do participante, televisão, computador, pendrive, som, canetas, e além disso: (adesivos de nicotina, goma de mascar de nicotina e bupropiona 150 mg, todos eles fornecidos pelo Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT).

Cronograma das etapas.

cronograma	ANO 2014						ANO 2015						
	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Primeira	X	X	X										
Segunda				X	X	X							
Terceira								X	X				
Quarta				X	X	X	X	X	X	X			
Quinta									X				
Sexta											X		
Sétima											X	X	X

Etapas desenvolvidas:

Primeira etapa: Recadastramento da área de abrangência (atualização da ficha A): A equipe não contava com médico nem enfermeira motivo pelo qual não existiam organização nem controle dos dados da área de atendimento.

Segunda etapa: Capacitação dos profissionais da equipe da saúde (médico e enfermeira): No Curso de Gerenciamento para o Controle do tabaco em Ambientes de Trabalho, e Atualização Técnica em Tabagismo, no auditório do CEREST-Brasília-DF.

Terceira etapa: Capacitação dos profissionais da equipe da saúde (as duas técnicas de enfermagem): No Curso de Gerenciamento para o Controle do Tabaco em Ambientes de Trabalho, e Atualização Técnica em Tabagismo, no auditório do CEREST- Brasília - DF.

Quarta etapa: Divulgação do projeto: Através de folders, folhetos, cartazes, visitas domiciliares e outras ações na comunidade.

Quinta etapa: Elaboração do projeto: Será feito na reunião de equipe onde serão avaliados os aspectos relacionados ao acesso, formação e características do grupo.

Sexta etapa: Criação do grupo de tratamento ao tabagista: O grupo inicialmente será fechado com agendamento prévio dos pacientes a participarem onde cada agente comunitário de saúde será responsável de agendar os pacientes de acordo com a micro-área deles.

Sétima etapa: Realização das sessões de apoio ao tabagista e avaliação clínica: Haverá no primeiro mês 4 sessões semanais, posteriormente começaram as sessões de manutenção: uma sessão a cada 15 dias, uma sessão mensal por 2 meses, uma sessão a cada 3 meses, uma sessão a cada 6 meses, e terminando com uma sessão por ano.

Para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas. Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido, a educação em saúde, significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida¹⁴.

Segundo o Ministério da Saúde¹⁵ as intervenções em saúde devem ocorrer antes que os fenômenos patológicos se manifestem, necessitando práticas de saúde mais abrangentes, a fim de minimizar o aparecimento dos fatores de risco ou reduzir à oportunidade de exposição das pessoas a esses fatores.

A população alvo foi constituída por pacientes tabagistas da nossa área de abrangência, de um total de 238 pacientes, participarão aqueles que tenham vontade de parar de fumar. Nosso projeto teve como particularidade que a constituição do grupo de apoio ao tabagista formara parte dos atendimentos do posto de saúde, por isso, os pacientes participaram por livre vontade. Primeiramente, foi realizado o agendamento dos pacientes por parte dos ACS de cada micro-área, agendados de 10 a 15 pessoas por cada grupo, (por ter a característica de ser um grupo fechado até o momento). Posteriormente e num primeiro momento, foi feita uma avaliação clínica de cada um deles, onde foi aplicado o questionário individual do tabagista com o objetivo de obter a maior quantidade de informação do paciente como: os dados pessoais do paciente (idade de início do tabagismo, quantidade de cigarros que fuma no dia, tipo de cigarro, uso de outras drogas, principais efeitos gatilhos, doenças crônicas associadas, uso de medicamentos, se tentou alguma vez parar de fumar, etc.), a avaliação do grau de dependência química, avaliação da motivação e avaliação de ansiedade e/ou depressão do paciente. A consulta incluiu também exame físico completo e indicação de exames complementares a fim de avaliar e constatar se o paciente apresentava ou não algum dano orgânico relacionado ao tabaco. Em um segundo momento, o desenvolvimento da primeira sessão do grupo de apoio. Estas sessões do grupo foram desenvolvidas durante aproximadamente 1 hora e meia, uma vez por semana, por um período de 4 semanas. Cada sessão incluiu 4 etapas ou fases (atenção individual, estratégias e informações, revisão e discussão, e tarefas). Cerca de 25 minutos de cada sessão deveria ser gasto para cada uma das 3 primeiras fases, com um máximo de 15 minutos gastos na fase final (tarefas). As 4 fases

tiveram o objetivo de ajudá-lo a estruturar as sessões de grupo e a determinar quanto tempo será dedicado às várias atividades.

Na atenção individual (primeira fase) ocorreu a troca de experiências por meio das perguntas, com individualização da atenção aos pacientes. Na segunda fase, foram apresentadas as estratégias e informações e especificadas de acordo ao conteúdo de cada sessão, podendo ser utilizados vídeos, práticas integrativas, folhetos, etc. A terceira fase foi acerca da revisão e discussão onde revisamos brevemente o material apresentado na fase ou etapa anterior, com participação aberta dos participantes. Por último, na quarta etapa foi orientada a tarefa de acordo com o conteúdo de cada sessão.

Foram 4 grupos (máximo 15 integrantes cada) a implementar até o prazo estabelecido no cronograma, porém, o PNCT estava sendo acompanhado como os programas da atenção primária. Os pacientes participaram das sessões no horário da tarde (14:00 horas) com uma frequência semanal (cada quinta-feira) e duração de 1 hora e meia. A partir da formação do primeiro grupo, uma vez terminadas as 4 sessões, foram desenvolvidas a continuidade das sessões de manutenção para os pacientes deste primeiro grupo, mesmo já começando com o segundo grupo e assim sucessivamente com o resto dos participantes dos grupos seguintes. As sessões de manutenção consistiram em oferecer um apoio além do paciente tabagista que parou de fumar ou que ainda está no processo de abandono, pois não sempre conseguem no tempo esperado. As sessões de manutenção foram realizadas a cada 15 dias por 2 meses, a cada 3 meses, a cada 6 meses e finalmente anualmente. Como observação, temos que dizer que se acontecer um lapso ou uma recaída do paciente é justamente o grupo que vai acolher e ajudar a ele, pois o objetivo é que realmente abandone o vício e não envergonhar o paciente. Fizemos uma avaliação do projeto no mês de julho dos 2015, sabendo que este programa é gradual e progressivo e tem particularidades em dependência do lugar a desenvolverem. Para esta data, não foi resolutivo na totalidade da população tabagista, porém, conhecemos os êxitos obtidos quando um posto de saúde é capaz de implementar o PNCT.

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O trabalho em conjunto na equipe de saúde iniciou na primeira semana do mês de julho de 2014, com o cadastramento da área de abrangência da ESF 23/60, a equipe estava incompleta faltando médico e enfermeira. Por este motivo não existia um adequado controle e registro dos dados. Este cadastramento foi exaustivo e durou 3 meses em total (julho, agosto e setembro). Com a realização da Análise Situacional da Área atendida, foram identificados os principais agravos e doenças que atingem esta população. Isso determinou que a equipe realizasse uma reunião após concluir o cadastramento, onde se analisou a situação que necessitava de prioridade, além de desenvolver operações estratégicas do problema selecionado. Foi então que surgiu a proposta de intervir sobre a problemática do tabagismo na comunidade com o objetivo de diminuir os fumantes da área e o número de doenças relacionadas ao fumo. Ficando definidas as tarefas para cada um dos integrantes do projeto, onde o responsável principal seria o Médico de Família. Foi preciso implantar e desenvolver o Programa Nacional de Controle de Tabagismo no posto de saúde para desta forma agir sobre este problema e ao mesmo tempo (tendo como vantagens que é um lugar fixo e institucionalizado e é ponto de referência para a população).

Foi necessária a gestão para a capacitação inicialmente dos profissionais da equipe da saúde (médico e enfermeira) no Curso de Gerenciamento para o Controle do tabaco em Ambientes de Trabalho, no auditório do CEREST-Brasília-DF. Sendo oferecida no mês de outubro, e posteriormente as atualizações técnicas do tabagismo nos meses de novembro e dezembro. Depois foi a capacitação do resto dos profissionais da equipe da saúde (duas técnicas de enfermagem) já que foi impossível poder realizar conjuntamente, ficando marcada para o mês de fevereiro e março. Paralelamente e durante um bom período começando desde o período das capacitações, foi feita a divulgação do projeto através de folders, folhetos, cartazes, etc. por parte de toda a equipe de saúde. Além disso, durante as visitas domiciliares como outra forma de divulgação direta na comunidade, onde os ACS tiveram um papel fundamental. O projeto foi organizado na última reunião de equipe do mês de março onde foram avaliados os aspectos relacionados ao acesso, formação e características ou particularidades do grupo. Finalmente e no mês seguinte

(segunda semana de abril), foi a criação do grupo de tratamento ao tabagista: O grupo inicialmente foi fechado com agendamento prévio dos pacientes a participarem onde cada agente comunitário de saúde foi responsável de agendar os pacientes de acordo com a micro área correspondente. As sessões de apoio ao tabagista foram a base fundamental no processo de abandono do fumo nestes pacientes. Consistiu em 4 sessões semanais, cada uma com objetivo específico e material diferenciado. Posteriormente foram desenvolvidas as sessões de manutenção: sendo estabelecido pelo programa uma sessão a cada 15 dias, uma sessão mensal por 2 meses, uma sessão a cada 3 meses, uma sessão a cada 6 meses, e terminando com uma sessão por ano. O local escolhido para a realização das atividades foi a sala de reunião do posto de saúde .

Primeira Sessão: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.

Na quarta feira, do dia 09/04/2015, no período vespertino começamos a trabalhar com o primeiro grupo. Realizamos a consulta médica para avaliação clínica no primeiro momento, com exame físico completo do paciente e indicação de exames laboratoriais, radiológicos, etc. foi preenchida a ficha individual ambulatorial do tabagismo de cada paciente. A sessão foi ministrada pela médica, enfermeira e técnicas de enfermagem da equipe além da participação de toda a equipe de saúde, com a presença de 9 participantes (pacientes fumantes). Inicialmente foram dadas as boas vindas aos participantes pelo desejo de parar de fumar, foi apresentado o programa, explicando em que consistia e qual era o objetivo dessa primeira sessão. Foram elaboradas 4 perguntas a cada participante fazendo um comentário individualizado quanto possível após as respostas. Foi importante mostrar que a nicotina é uma droga que causa dependência química e que, além disso, existe uma dependência psicológica e uma dependência comportamental. Explicamos também que a pessoa fumante passa por o processo de ambivalência durante este processo de parar de fumar. Posteriormente, passamos a apresentar quais são os métodos que podem ser utilizadas para parar de fumar:

1- Método abrupto: significa parar de fumar de uma hora para outra, cessando totalmente o uso de cigarros.

2- Método gradual:

2.1- Redução: a pessoa que conta os cigarros e fuma um numero menor, predeterminado, a cada dia.

2.2-Adiamento: a pessoa adia a hora na qual começa a fumar por um numero de horas predeterminado a cada dia.

Continuando, foi explicado quais são os componentes do cigarro (nicotina, monóxido de carbono e alcatrão) e os prejuízos deles á saúde. Para reforçar colocamos um vídeo com um resumo do dano que o cigarro pode ocasionar. Depois dos comentários e do debate, foi orientada a tarefa desta primeira sessão, com repartição do manual do participante. Depois foi feita a avaliação individual dos pacientes no consultório com entregue de adesivos de nicotina e/ou prescrição de Bupropiona 150 mg segundo o caso.

Segunda Sessão: Os primeiros dias sem fumar.

Foi desenvolvido no dia 16 de abril, os responsáveis foram a médica e enfermeira em parceria com a assistente social do posto. Nesta sessão perguntamos aos participantes a data escolhida para parar de fumar (orientado na tarefa da sessão anterior) e o método escolhido. Alguns já sem fumar. Mencionamos os sintomas de abstinência quando pararem de fumar e explicamos para cada um deles, assim como os 4 procedimentos práticos que ajudam a lidar com o desejo intenso de fumar.

Depois a assistente social explicou algumas praticas uteis que ajudam também neste processo de parar de fumar: exercício de relaxamento muscular, exercício de respiração profunda, e exercício de fantasia. Por ultimo, foi explicado o relacionado a assertividade e pensamento construtivo, terminando com a orientação da tarefa desta sessão.

Terceira Sessão: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.

No dia 23 de abril, foi o terceiro encontro, já com outros participantes sem fumar. A administração foi feita pela médica e técnicas de enfermagem. Foram parabenizados aqueles que já não fumavam e exortados aqueles que ainda não. Os participantes que já pararam de fumar fizeram sugestões para aqueles que ainda fumavam. Foi apresentado um vídeo com uma mensagem de acordo a esta etapa do processo. Posteriormente foi explicado todo o relacionado às melhoras físicas após parar de fumar e sobre o ganho de peso (muito frequente nesta etapa) e sugestão de refeições ligeiras com poucas calorias. Também, abordamos a relação

entre fumo e a ingestão de álcool e a importância do apoio interpessoal. Após o debate com os participantes, foi orientada a tarefa correspondente.

Quarta Sessão: Benefícios obtidos após parar de fumar.

Esta foi a última sessão do programa, desenvolvida pela médica, enfermeira e técnicas de enfermagem na última semana de abril, em parceria com os agentes comunitários de saúde. Foram congratulados os participantes pelo sucesso de cada quem, encorajando os que ainda não conseguiram. A palestra foi entorno aos benefícios indiretos do parar de fumar, com ênfase na prevenção das recaídas. Foi explicado que: A regra consiste em evitar um cigarro e assim se evitará todos os outros, além disso, os participantes ficaram sabendo sobre os benefícios á longo prazo, onde muitos dos sintomas iniciais já não estariam presentes e os riscos de bronquite crônica, doenças cardíacas, enfisema e vários tipos de câncer, continuarão a diminuir com o passar do tempo. Com alusão também á poupança do dinheiro que antes era utilizado para fumar. Os participantes trocaram ideias e opiniões sobre o material exposto. No final, foi desenvolvida por uns dos agentes comunitários uma técnica de alongamento chamada técnica do HÁ, e por ultimo, foi orientada a tarefa e explicado novamente o referente ás sessões de manutenção que teriam a partir deste momento.

A partir de houver terminado com o primeiro grupo, começaram as sessões de manutenção destes participantes e a abertura do segundo grupo de tabagistas. Neste caso a participação foi feita no mesmo local propiciando uma interação estreita entre aqueles fumantes novos com duvidas e ansiedades e aqueles que já haviam parado mesmo, sendo estes últimos um valioso testemunho de que sim é possível. Até o termo do cronograma foram acolhidos 4 grupos de tabagistas com o desenvolvimento das sessões de manutenção correspondentes por grupo. Com uma boa aceitação pela população e grande agradecimento por aqueles que conseguiram deixar de fumar nosso grupo. Com participação de 32 participantes em total, deles 12 conseguiram abandonar o cigarro, (7 usaram adesivos de nicotina, 5 com indicação de Bupropiona 150 mg) e 4 diminuiram consideravelmente o número de cigarros fumados ao dia até o momento porém, sem utilizar nenhum dos métodos do programa. O resto dos participantes não teve uma assistência constante no grupo por causas como problemas familiares, dificuldades no trabalho em relação ao horário, etc. O que demonstrou que a participação ativa no grupo causou sucesso

evidente no abandono do hábito de fumar. Além disso, no atendimento individual dos pacientes, feito após terminar as sessões em grupo, foi constatado a melhora clínica dos pacientes que abandonaram o cigarro. Muitos deles iniciaram no grupo com dificuldade respiratória, bronquite crônica, baixo peso, depressão, dificuldade na concentração, envelhecimento precoce da pele, etc., porém, já durante as últimas sessões e nas próprias sessões de manutenção relataram melhoras físicas e psicológicas, com evidente influência numa qualidade de vida melhor destes pacientes.

Ações desenvolvidas no Brasil para o controle do tabagismo já salvaram 420 mil vidas. O Instituto destaca que o aumento do preço do produto é responsável por cerca da metade da redução do número de fumantes no país, seja por diminuir a iniciação ou por estimular a cessação. Caso que o Brasil não houvesse implantado estas ações de controle de tabagismo, o percentual de fumantes atual seria de 31%, prevalência bem maior do que a identificada em 2010 que foi de 16,8 % fumantes em Brasil. Com a continuidade das ações implementadas de controle do tabaco a projeção para 2050 esta prevista para 10% de brasileiros, acima de 18 anos, fumantes ¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que após a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em nosso posto de saúde diminuiu o número de pacientes fumantes que participaram do grupo de apoio ao tabagista. Os objetivos foram alcançados, o grupo de apoio foi um suporte permanente para todos os pacientes que participaram e será para aqueles que ainda fumam. Constituiu um instrumento para aumentar o conhecimento em relação ao tabagismo e melhorar a qualidade de vida da população.

Recomenda-se continuar com o desenvolvimento deste tipo de atividade educativa, e que continue a divulgação nas visitas domiciliares realizadas pela equipe para oferecer informação sobre o tabagismo. Além disso, explicar o funcionamento do programa no posto de saúde tanto para os pacientes tabagistas como para os familiares.

Como uma proposta dos pacientes inclusos do projeto se decidiu estudar clínica e laboratorialmente a seus familiares de primeiro grau, já que estes foram fumantes passivos durante um tempo considerável.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso, A. R. Tabagismo entre adolescentes: tabagismo como problema de saúde pública no mundo e no Brasil, 2011. In tabagismo: Relevância da temática na educação. Ano XXI. Boletim 06 - maio 2011. ISSN 1982 – 0283. Disponível em: <http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/15013006-tabagismo.pdf>
2. INCA. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária. Falando sobre tabagismo, Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, INCA; 1996. Disponível em: <http://www.faac.unesp.br/pesquisa/nos/olho-vivo/porque-fumamos/out-inf.htm>.
3. Who. World Health Organization. Confronting the tobacco epidemic in the era of trade liberalization. Geneva (CH): Who; 2001.
4. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ação global para o controle do Tabaco: por um mundo sem Tabaco: mobilização da sociedade civil, 3 ed. Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, INCA, 2004.
5. Bandini, M. Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no programa de controle médico de saúde ocupacional de empresa do ramo alimentício. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Departamento de patologia, São Paulo, 2006. 246p.
6. <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/3823-centro-de-sa%C3%BAde-de-samambaia-reativa-grupo-de-tabagismo.html>
7. http://www.celsonbianchi.com.br/2015_05_01_archive.html.
8. http://comunicabrasilia.blogspot.com.br/2013_08_01_archive.html
9. Serradilha, A. de F. Z ; Ruiz –Moreno, L; Seiffert, O. M. L. B. Uso de tabaco entre estudantes do ensino técnico de enfermagem. Texto contexto – enferm. {online}. 2010, vol. 19n.3 p 479-487. ISSN 0104-0707.
10. Portes, L. H. et. Al. Ações voltadas para o tabagismo; análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. Cienc. Saúde coletiva {online}, v. 19, n.2, p. 439-448, 2014. ISSN 1413-8123.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Plano para implementação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde. ftp://ftp.cue.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/plano_tabag.pdf.

12. Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002 The World Health Report: Reducing Risks and Promoting Healthy Lifestyles. Geneva, Switzerland.
13. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Deixando de fumar sem mistérios. Manual do Coordenador, 2 ed. 1 reimpressão. Rio de Janeiro RJ : Ministério da Saúde, INCA, 2011.
14. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 b.
15. Ministério da Saúde (BR). Doenças crônico degenerativas : evolução e tendências atuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1988.
16. Gorin, S. S.; Heck J. E.; Meta-analysis of the efficacy tobacco counseling by health care providers. Cancer Epidemiol Biomarkers, v.13,dez.2012. Disponível em : [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598756](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598756).
17. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Políticas antitabagismo no Brasil já salvaram mais de 400 mil vidas. 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/politicas_antitabagistas_ja_salvaram_mais_de_400_mil_vidas_bra

ANEXO 1

ANÁLISE SITUACIONAL

O centro de Saúde de Ceilândia 44-10 está localizado na área especial de Ceilândia Sul. A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família compreende o condomínio Sol Nascente (Chácaras: 27, 43, 45, 48, 67, 150, 151,157, 160, Horta Comunitária)

- Consultório médico\enfermeira,
- Consultório odontológico,
- Sala multiprofissional de acolhimento ,
- Sala de administração e gerencia,
- Sala de atividades coletivas
- Área para recepção,
- Local para arquivos e registros,
- Sala de vacinas,
- Área de dispensação de medicamentos,
- Sala de procedimentos,
- Sala de observação.

O centro tem quatro equipes ESF que radicam no próprio centro, nossa equipe esta composta por:

- 1 médico (Programa Mais Médicos)
- 1 Enfermeira
- 5 Técnicas de Enfermagem
- 5 ACS

Ainda falta a incorporação de um Odontólogo e auxiliar de odontologia na equipe.

Caracterização da população:

Variáveis demográficas: A população total é 3485 habitantes, 965 famílias cadastradas.

Fluxos migratórios: Devido a enorme desigualdade de renda, a grande concentração fundiária e ao problema da seca o nordeste é desde época remota, uma região de forte repulsão populacional, mas nos últimos anos o fluxo migratório tem reduzido e é frequente a imigração de retorno de pessoas que não encontraram a qualidade de vida esperada na região sudeste.

Tabela de Grupos etários

Sexo	Idade										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	30	120	79	98	197	157	634	228	111	62	1716
Feminino	23	125	72	95	177	155	689	267	107	59	1769
Total	53	245	151	193	374	312	1323	495	218	121	3485

Variáveis econômicas:

De acordo com os dados apresentados nas fichas do PACS, esta é uma região de população de baixa renda, a maioria das famílias possui renda média de 01 a 03 salários mínimos.

O comércio, indústrias pequenas, empresas privadas e funcionalismo público são de subsistência.

Escolaridade:

Alfabetizados maior de 15 anos **2417 (97.84%)**

Crianças de 7 a 14 anos em escola **523 (92.24%)**

Moradia: 953 casas são de tijolo/adobe

Condições de vida razoáveis, com renda per capita de um salário mínimo em maior parte da população.

Culturais:

A cultura é rica e diversificada, conservando não apenas um rico acervo de obras religiosas, arquitetônicas, manifestações culturais populares, quer na culinária, na música, e em praticamente todas as artes, principalmente as manuais.

Política:

O distrito necessita de:

- Garantir cobertura de atenção médica de 100% da população.
- Completar o número de profissionais da equipe.
- Gestão da educação permanente a todo o pessoal vinculado a os cuidados médicos.
- Fazer cumprir os princípios da atenção básica, reivindicando a importância de neste nível de atenção.
- Ampliação do atendimento dos profissionais de saúde como fisioterapeuta e psicólogo e outros níveis de assistência como Ortopedistas, Cardiologistas, Endócrinos e outras especialidades para finalização de tratamento e acompanhamento do paciente.

- Preservação ambiental.

- Promoção da saúde, intersetorialidade e proteção da sociedade;

Abastecimento de água:

Ceilândia conta com infraestrutura de abastecimento de água da EMBASA, com poços artesianos, dois reservatórios de água. A água é um bem precioso. O 99,69% das famílias se abastecem da rede pública e um 0,31% se abastecem de poço ou nascente.

Tratamento de água:

A filtração é o método mais comum utilizado por 717 (74,30%) das famílias, 227 (23,52%) toma água clorada, 10 (1,04%) consomem água sem tratamento e 11(1,14%) fervida.

Coleta de lixo:

A limpeza urbana é feita por varrição e coleta pública realizados todos em dias alternos em 947 das famílias sendo 98,13%, através de caminhões de coleta e o destino final do lixo em vala a céu aberto. Existem 17 famílias que vertem o lixo a céu aberto (1,76%).

Destino de fezes e urina (dejetos humanos)

Realiza-se através fossa em 930 famílias (96,37%) da população, 31(3,21%) famílias utilizam sistema de esgoto.

Acesso a transporte público:

Grande parte das famílias utiliza o transporte escolar, outros utilizam transporte automotor privado e coletivo. Transporte interurbano é feita por empresas particulares, existindo linhas regulares e metrô para cidades vizinhas e para Brasília. Aos serviços de saúde, a maioria mora perto da instituição, não sendo necessária a utilização de meios de transporte em ocasiões.

0-14	0	1	0	0	0	0	1	0	0
15 anos e mais	8	29	70	1	236	21	8	0	0
Total	8	30	70	1	236	21	9	0	0

*Como se pode observar a prevalência de HAS esta em 9,55 % da população maior de 18 anos, não concordando com as cifras estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia que é entre 22 a 43%. A DM encontra-se por abaixo dos indicadores de 11% (2,00%) da população total, os pacientes deficientes representam um 0,86% da população total. O número de tabagistas é 238 (9,63%) da população total. Observação: os dados de tabagismo foram obtidos por meio das fichas A, pois esse dado não se contempla dentro do Sistema de envio dos dados até o momento.

Outras estadísticas

- Crianças de 03 meses e 29 dias com aleitamento exclusivo: 9 (100%)
- No de criança de 0 mês a 12 meses vacinadas: 36 (85,7%)
- No de crianças de 1 ano a 2 anos vacinadas:32 (80%)

Principais causas de mortalidade.

- Doenças do aparelho circulatório
- Acidente Cérebro Vascular
- Neoplasias (tumores)
- Violência
- Doenças do aparelho renal

Principais problemas detectados

- Alta prevalência de fumantes

- Hábitos alimentares não saudáveis, como causas de Dislipidemias, Obesidade e Gastroduodenite, Úlcera Péptica, e Esteatose Hepática.
- Alta prevalência de Hipertensão arterial e suas complicações
- Alta prevalência de diabéticos descompensados
- Dificuldade na coleta do lixo.

Seleção do problema

Com a determinação dos problemas anteriores, é interessante observar que o tabagismo é uma doença que pode coexistir com as entidades antes mencionadas e que sua erradicação é a estratégia para evitar complicações posteriores. Além disso, considerando que o tabagismo é além de doença, um dos principais fatores de risco de múltiplas patologias, com afetação de todos os órgãos e sistemas do organismo humano. Ou seja, pode trazer a aparição das patologias ou complicar o estado das mesmas se já esta diagnosticada no paciente.

A diferença das outras patologias, o tabagismo não é motivo de consulta por parte dos pacientes na área, os quais sempre estar minimizando os danos que este vício pode causar. É nosso critério que o tabagismo em nosso setor do trabalho não tem o enfoque multidisciplinar para sua promoção, prevenção, e abandono total, considerando que são as metas do nosso trabalho e é onde podemos desenvolver ações que num prazo determinado leve á erradicação deste vício nocivo e á prevenção das complicações que o fumo trazer.

Estamos propondo:

Aumentar o conhecimento respeito ao tabagismo e suas consequências .

Alcançar o abandono total nestes pacientes.

Prevenir as complicações.

Após a análise dos problemas, junto á Equipe de Saúde, identificamos como principal problema o tabagismo e a necessidade de trabalhar em função de alcançar o abandono deste vício nos pacientes identificados e evitar complicações, bem como promover e prevenir este mal em aqueles que não usam ainda o tabaco.

ANEXO 2

CRONOGRAMA DAS SESSÕES EM GRUPO

Sessões	Objetivos	Atividades	Responsáveis	Datas por grupos
Primeira sessão	Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde /Avaliação clínica	-Roda de conversa Vídeo/Debate -Exame físico/exames complementares	-Médica, Enfermeira, Técnicas de enfermagem -Médica	Abril: 9 Maio: 7 Junho: 4 Julho: 2
Segunda sessão	Os primeiros dias sem fumar	-Roda de conversa -Técnicas de relaxamento	Médica, Enfermeira, Assistente Social	Abril: 16 Maio: 14 Junho: 11 Julho: 9
Terceira sessão	Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar	-Roda de conversa - Vídeo/Debate	Médica, Enfermeira, Técnicas de enfermagem,	Abril: 23 Maio: 21 Junho: 18 Julho: 16
Quarta sessão	Benefícios obtidos após parar de fumar	-Roda de conversa -Técnica de relaxamento	Médica, Enfermeira, ACS	Abril: 30 Maio: 28 Junho: 25 Julho: 23

ANEXO 3

FOTOS DAS SESSÕES DE GRUPO

Técnicas de relaxamento





Vídeo de uma das técnicas utilizadas



20150716_152801.mp4

Roda de conversa



