

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
INGRID EMILY ALENCAR BENTO

A ATENÇÃO BÁSICA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS: ENFOQUE NO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

GRAVATAÍ- RS

2017

INGRID EMILY ALENCAR BENTO

A ATENÇÃO BÁSICA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS: ENFOQUE NO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA, como
requisito parcial para conclusão do Curso
de Especialização em Saúde da Família sob
orientação da Orientadora Aline Picoli
Benvenuti

GRAVATAÍ-RS

2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	09
4. VISITA DOMICILIAR.....	11
5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS.....	14
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
ANEXO I PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	18

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Ingrid Emily Alencar Bento, sou natural de Ji-Paraná- RO, tenho 27 anos e sou formada em medicina há 1 ano pela Universidade Federal de Rondônia. Durante meu internato, estagiei por dois meses no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, período em que conheci muitas pessoas e me interessei pelo serviço. Mudei-me para Porto Alegre logo que me formei, com objetivo de trabalhar e concorrer as vagas de residência. Atualmente moro e trabalho em Gravataí-RS, na Unidade de Saúde da Família Parque dos Eucaliptos.

A USF Parque dos Eucaliptos tem pouco mais de um ano de existência. Há 3 equipes com um médico e uma enfermeira em cada uma, porém apenas seis agentes comunitários de saúde, que se distribuem entre duas equipes. Também há um único dentista e um técnico em odontologia, que realizam atendimento para as três equipes.

Por ser a primeira Estratégia de Saúde da Família das redondezas, a unidade se esforça na educação em saúde do usuários. Como estes estão acostumados ao modelo de centro de saúde, não sabem utilizar de maneira correta o serviço. Por isso, todas as manhãs, durante o acolhimento, as enfermeiras se revezam na chamada “sala de espera”. Enquanto os pacientes aguardam atendimento, recebem explicações sobre o funcionamento da USF, orientações sobre fluxo de atendimento e sobre o conceito prático de ESF.

Ainda que a USF seja recente, existe uma rede razoavelmente estruturada para apoio das atividades, como por exemplo o CRAS, CAPS, CAPSI. São órgãos que se mantêm disponíveis para matriciamento, discussão de casos, referência e contra-referência. O Conselho Tutelar e a Casa Lilás são parceiros importantes em situações de violência contra a criança e contra a mulher, respectivamente. Infelizmente ainda não temos presença do NASF.

A localização da USF fica distante cerca de 7km do centro da cidade, numa área bastante heterogênea. Predominam usuários de classe baixa, que residem em habitações precárias, sem saneamento básico. Entretanto, há uma parcela de usuários com razoável poder aquisitivo, muitos destes que fazem acompanhamento paralelamente em serviços particulares/convênios de saúde.

A maior demanda da USF, sem sombra de dúvida, é de doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, dor crônica articular), sobretudo em idosos. Grande parte desses pacientes não faziam acompanhamento regularmente, muitos já apresentam complicações dessas doenças de base e são de difícil manejo. Devido a essa demanda, a unidade está organizando um grupo para acompanhamento dessa população (grupo HiperDia). Já passamos pela fase de levantamento do número de pacientes e estamos organizando o cronograma de avaliações clínicas periódicas, em conjunto com enfermagem e nutricionista. Também já está sendo colocado em prática o Grupo de Caminhada, semanalmente, para estimular os usuários e profissionais da USF na mudança do estilo de vida.

Destaca-se ainda o acompanhamento Pré-natal, outra demanda importante. Muito bem organizado, seguimos cronograma e protocolo de consultas, de acordo com o Ministério da Saúde. O grupo de gestantes já está bem consolidado, sendo realizadas reuniões quinzenalmente, com a presença de debates de temas variados, ministrados por profissionais de diversas áreas da saúde. Além de promover a educação em saúde, também promove socialização e troca de vivências, experiências.

Na minha área, especificamente, observa-se um considerável número de tabagistas. Em sua maioria, são usuários crônicos do tabaco, com alta carga tabágica. Mas, surpreende também o número de fumantes jovens, mulheres e experimentadores ou usuários eventuais. Ressalta-se que elevada parcela desses tabagistas são aqueles doentes crônicos, hipertensos, diabéticos e idosos. Logo, criar medidas para atuar em um problema de saúde totalmente evitável, num grupo de pessoas que já sofrem com sequelas graves de outras doenças é uma necessidade premente.

Diante dessa conjuntura adversa é que decidi por em prática, no Projeto de Intervenção, a implantação de um grupo para controle do tabagismo. A ideia foi prontamente recebida pela equipe. Já recebemos material didático, como folders e cartilhas, para as reuniões de grupo e participamos de reuniões com o serviço do CAPS-AD, outros diretores de grupo de outras UBS, que já tem experiência vasta na condução desse tipo grupo. Também já está em andamento o levantamento dos usuários interessados que desejam cessar o vício e querem participar do grupo. Há grande expectativa para início das atividades, uma vez que é uma novidade para todos os membros da equipe, o que exige empenho, estudo e dedicação, para obter os melhores resultados possíveis.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Dentre os casos complexos estudados, o que mais se assemelha à maioria dos atendimentos na minha USF é a paciente do "Caso Vera". De fato é grande a quantidade de pacientes com diabetes, obesidade e dislipidemia associada. Muitos deles já vem de famílias com o mesmo problema de saúde e cultivam maus hábitos, como o tabagismo, sedentarismo, o que torna o manejo ainda mais complicado.

Um dos casos que até hoje me chamou mais atenção, por se assemelhar com caso Vera, será descrito adiante.

M.R., 36 anos, casado, 2 filhos (um de 7 anos e outro de 4 anos), mecânico, obeso grau I, sedentário. Nega tabagismo e refere etilismo eventual de 5 latas de cerveja, aos finais de semana. Filho de mãe diabética e pai alcoólatra, foi diagnosticado recentemente com diabetes tipo 2 e dislipidemia. Tinha sido orientado pela médica anterior ao uso de sinvastatina e metformina. Exames da época do diagnóstico: Glicemia de jejum 250; Hemoglobina glicada: 11,8% Triglicerídeos: 850; Colesterol total: 328; LDL: 196; HDL: 30. Retorna após 5 meses para reavaliação.

Na consulta o paciente vem sem queixas, relatando não ter feito uso das medicações nem de iniciar atividade física e dieta. Justifica-se com o trabalho, que é muito atarefado, esquece dos horários das medicações e já chega cansado em casa para pensar em exercícios físicos. Também culpa a esposa, que é doceira e cozinheira, pela sua dificuldade em iniciar dieta. Além disso, demonstra-se um tanto nervoso com o irmão mais velho, o qual é usuário de álcool e drogas, tendo sido preso algumas vezes e atualmente vem procurando-o para pedir dinheiro e sustentar seu vício. Percebo paciente bastante desanimado, entregue ao diagnóstico e em postura passiva, apesar de tão jovem.

Os níveis de triglicerídeos me chamaram a atenção, pelo risco de eventos cardiovasculares e de pancreatite. Prontamente calculei o risco cardiovascular, o qual deu moderado (DUNCAN, *et.al.*, 2013). Também fiz uma rápida revisão, para saber se já haveria indicação para uso de fibrato. Como o paciente não tinha níveis de hipertrigliceridemia grave (1000-1999mg/dL), não iniciei medicação específica (ROSENSON, 2015). Da mesma maneira, verifiquei que para prevenir riscos cardiovasculares, o uso de fibrato também não estava indicado nesta situação. O caso desse paciente, especificamente, com diabetes descompensado, apresentava uma causa clara para sua dislipidemia (BERGLUND, *et al.*, 2012). Era necessário, portanto, compensar a causa de base. Decidi ainda discutir rapidamente o caso com a plataforma

Telessaúde RS e com a ajuda de uma médica especialista em saúde da família, decidi iniciar sinvastatina 40mg para o tratamento de LDL elevado e iniciar tratamento para diabetes de maneira paulatina, para melhorar adesão.

Finalmente, conversei cerca de 50 minutos, explicando as complicações da doença, oferecendo sugestões de mudanças de acordo com sua rotina, estimulando a aderir ao plano terapêutico. Otimizo esquema medicamentoso para Metformina 500mg, 12/12h e Sinvastatina 20mg/dia. Orientei mudanças no estilo de vida. Também encaminhei para avaliação com Oftalmologia, como parte da rotina do diabético (rastreamento de retinopatia diabética) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016). O paciente saiu da consulta animado, aparentando estar mais consciente e motivado. Retorno agendado para 3 meses, para reavaliação e nova rotina laboratorial.

No retorno, há uma grande decepção e frustração: o paciente novamente não aderiu ao tratamento. Em uso irregular das medicações e pouca mudança no estilo de vida, inclusive com aumento de dois quilos. Desapontada, limitei-me a ouvi-lo, sem "dar sermões". Apenas o dispensei, dizendo para voltar quando decidisse realmente aderir ao tratamento.

Na mesma semana, a esposa do paciente veio para a consulta. Embora fosse sedentária e apresentasse história familiar de diabetes e hipertensão, não tinha comorbidades. Ao final de sua consulta, resolvi perguntar sobre seu esposo. Descobri que ela era um dos principais obstáculos enfrentados pelo meu paciente: fazia várias tortas, empadões, bolos e doces, para agradá-lo na vinda do trabalho. Além disso, estava sempre indisposta quando ele a convidava para caminhadas. Expliquei a gravidade do caso dele e a orientei sobre ajudá-lo mais, pois também estaria beneficiando a ela mesma.

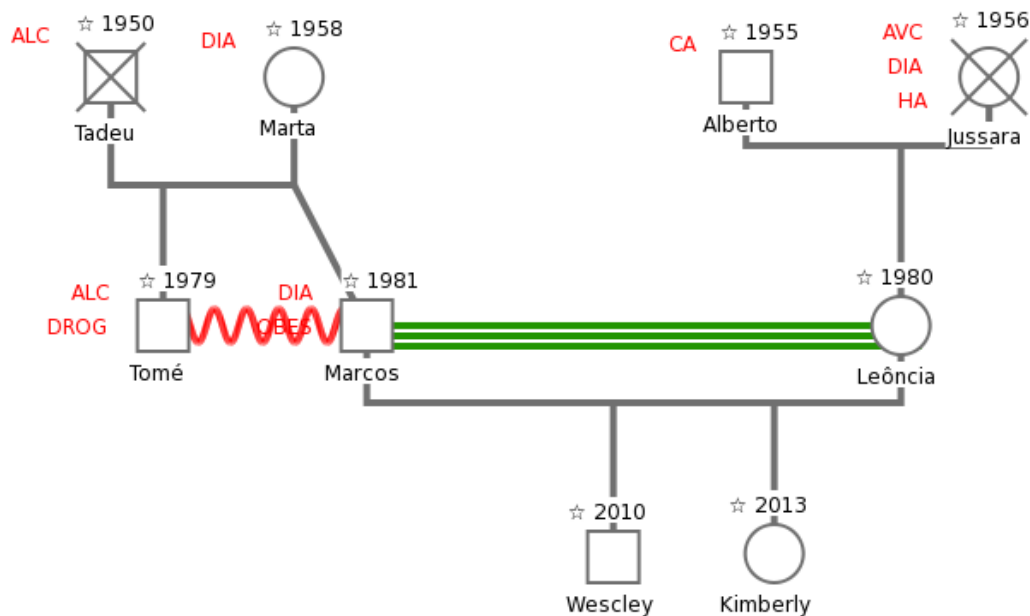
Três meses depois, M.R. comparece à consulta. Agora, 3 kg mais magro, relatando boa disposição e seguindo às recomendações médicas. Além disso, estava mais calmo e tranquilo, pois seu irmão aceitara tratamento para abandono dos vícios e estava progredindo bem. Duas semanas antes, tinha vindo ao acolhimento conversar com a enfermeira sobre sua mudança de hábitos de vida e esta prontamente solicitou exames laboratoriais para trazer já em consulta. Glicemia de jejum 148; Hemoglobina glicada: 8,1% Triglicerídeos: 250; Colesterol total: 229; LDL: 116; HDL: 62. A melhora foi significativa! Parabenizei o paciente e otimizei o tratamento para Metformina 500mg, 8/8h; Glibenclamida 5mg antes do almoço.

O acompanhamento desse caso foi marcante na minha prática médica. Nunca havia me deparado com níveis tão altos de triglicerídeos, sobretudo em um paciente

jovem. Achava, antes de pesquisar a fundo, que seria imprescindível iniciar tratamento com fibrato. Através de pesquisa e discussão com o telessaúde-RS enriqueci meus conhecimentos e melhorei o acompanhamento médico. Além disso, aprendi a adaptar o tratamento segundo a realidade de cada paciente, respeitando suas particularidades, personalidade e dificuldades.

A seguir, o genograma da família do paciente em questão. Os nomes utilizados são fictícios, no intuito de preservar a identidade dos pacientes.

Figura 1: Representação de um genograma da família de Marcos. Utilizado programa de genograma Álbum de Família, Nescon-UFMG



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO

O “caso Amélia” me chamou bastante a atenção por tratar temas bastante corriqueiros na minha prática clínica. Dentre os 3 tópicos abordados nesse caso, destaco o rastreamento do câncer de colo uterino.

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública. Dados do INCA informam a ocorrência de 527 mil casos novos em mulheres no mundo, em 2012, configurando, assim, o quarto tipo de câncer mais comum nessa população. A imensa maioria (cerca de 70% dos casos de câncer) ocorre em países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2016).

Felizmente, esse tipo de câncer apresenta alto potencial de prevenção e chance de cura quando diagnosticado precocemente, daí a importância do exame preventivo do colo uterino. No Brasil, esse exame é conhecido como “Papanicolau”, e nada mais é do que o exame citopatológico do colo do útero (BRASIL, 2011).

Na USF em que atuo a saúde da mulher tem atenção especial. Por isso, logo que é feito cadastramento de novas usuárias, durante visitas das agentes comunitárias, nas consultas médicas ou de enfermagem são coletadas informações sobre a realização prévia do exame, se o acompanhamento está em dia ou se tem indicação para realizá-lo. A recomendação do Ministério da Saúde é que o exame preventivo seja realizado em mulheres, sexualmente ativas, a partir dos 25 anos de idade até os 64 anos. A rotina é a repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (BRASIL, 1998).

Entretanto, na minha unidade o que se verifica é o excesso na realização desse exame, passando a ser coletado anualmente. E, pior ainda, por vezes em pacientes fora da faixa etária indicada, tanto muito abaixo dos 25 anos, quanto em idosas depois dos 70 anos. A literatura é bem clara em afirmar que a incidência do câncer do colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixa, a maioria dos casos é diagnosticada no estágio I e o rastreamento é menos eficiente para detectá-los. Além disso, a maior parte das alterações nos exames citológicos que eventualmente podem ocorrer, apresentam invariavelmente resolução espontânea, ou seja, apenas uma pequena parcela são lesões que irão persistir por anos, até se transformar em câncer invasivo. Portanto, em termos de saúde pública, a antecipação do início do rastreamento dos 25 para os 20 anos tem impacto muito limitado e considerado sem benefício, pois provoca um excesso de diagnósticos de lesões que não evoluirão para câncer, onerando desnecessariamente o sistema de saúde (OMS, 2014).

O profissional responsável pela coleta da citologia oncótica uterina é a enfermeira. Há um dia separado na agenda somente para a realização do exame. Em casos de dúvida durante a coleta ou qualquer outra dificuldade, o médico fica à disposição para auxiliar. Também contamos com o matriciamento mensal de profissional ginecologista. Eventuais casos com resultados de exames Papanicolau alterados são prontamente encaminhados para avaliação com especialista, para realização de colposcopia. Felizmente esse fluxo funciona de maneira eficaz, conseguindo tratar e curar lesões de alto grau, precocemente diagnosticadas.

Após a realização das atividades do “caso Amélia” reuni-me com minha equipe para discutir os pontos divergentes entre a conduta realizada na unidade e as recomendações científicas. Ficou bem acordado os ajustes que devem ser feitos e que a maneira atual só tem despendido recursos públicos desnecessariamente. Claro que a mudança deve ser feita com cautela, para não confundir as usuárias. O plano é investir em educação em saúde, explicar a maneira adequada que deve ser feito o rastreamento, a população -alvo, a periodicidade do exame e conciliar esse discurso com as ações práticas.

Uma ação de grande impacto no combate ao câncer de colo uterino já bastante colocada em prática na minha USF é a vacinação contra o HPV (vírus principal causador do câncer de colo de útero) (BRASIL, 2013). Essa vacina protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, sendo os dois primeiros causadores de verrugas genitais e os dois últimos os mais oncogênicos (VINZÓN, 2015). Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda a vacinação de meninas entre 9 a 13 anos e de meninos entre 12 e 13 anos de idade (BRASIL, 2017). A equipe sempre fica atenta a lembrar que mesmo as adolescentes que um dia receberam a vacina devem fazer parte do rastreio normalmente, quando atingirem a idade preconizada, uma vez que a vacina não confere proteção contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.

A efetividade do controle do câncer do colo do útero só pode ser obtida com a garantia da organização, da integralidade e da qualidade dos serviços, bem como do tratamento e do seguimento das pacientes.

4. VISITA DOMICILIAR

Como estratégia de assistência dentro da ESF, as Visitas Domiciliares (VDs) são atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo de fundamental importância na promoção e prevenção da saúde (CRUZ & BOURGET, 2010). Além disso, a VD rompe com o modelo hegemônico, centrado na doença e distante do indivíduo, voltando-se à ideia de atendimento holístico e humanizado do usuário inserido em seu contexto familiar (BRASIL, 2011).

Na USF em que atuo, as VDs são organizadas de acordo com a demanda por equipe. A prefeitura disponibiliza transporte apenas em dois dias na semana. Dessa forma, as três equipes definem o cronograma de visita nesses dois dias. Em comparação com as outras equipes, a minha tem um menor número de pacientes que necessitam de visita domiciliar. Assim, há 1 a 2 pacientes visitados por mês, enquanto as outras equipes chegam a ter o dobro.

De acordo com o Ministério da Saúde, as “visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares” (BRASIL, 2001). Na nossa USF, a prioridade nas visitas domiciliares é para usuários que possuem alguma limitação física ou debilidade clínica importante, que prejudica o acesso à unidade por meios próprios, sendo eles: acamados, deficientes físicos, portadores de transtorno mental grave. Inicialmente o agente comunitário vai à casa desse usuário e oferece a visita. O contrário também pode ocorrer: o próprio usuário ou seus familiares podem solicitar uma VD.

Outro público alvo das visitas domiciliares é o recém-nascido e a puérpera. Geralmente realizada pela enfermeira e uma agente comunitária, a visita é feita nos primeiros 10 a 15 dias pós-parto. De fato é uma das atividades mais impactantes, pois como boa parte da minha área engloba moradias precárias de saneamento básico e moradores com baixa instrução, a visita visa verificar possíveis erros nos cuidados e higiene, além de corrigi-los. É comum, por exemplo, o recém-nascido dividir o quarto com várias pessoas ou até mesmo com animais domésticos. Também é o momento de avaliar/ensinar a técnica do aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, vacinas, estado nutricional da puérpera e recuperação geral do pós parto. Nessa ocasião aproveita-se já para agendar a primeira consulta médica de puericultura e reavaliação da puérpera.

As demais visitas são realizadas, invariavelmente, pela médica, juntamente com uma técnica de enfermagem ou com uma agente comunitária de saúde. São separados o prontuário do paciente, receituários, requisição de exames, formulários para solicitação de medicamentos/fraldas geriátricas, aparelho de esfigmomanômetro, luvas de procedimentos e outros materiais, conforme a necessidade. Nos deslocamos de carro com o motorista, o qual nos deixa na casa visitada e nos espera do lado de fora. Dependendo da localização, é necessário percorrer alguns metros a pé, pois há uma região de becos e vielas, que impossibilita a passagem de veículos.

A seqüência na hora da visita domiciliar segue um padrão comum. Ao adentrar na residência, observamos a estrutura da casa, a iluminação, ventilação, condições essas variáveis, de acordo com o poder aquisitivo e classe social de cada família. No entanto, critérios como zelo e higiene são indispensáveis e de certo modo independentes da situação financeira. Procuramos conversar com o familiar/cuidador do paciente em questão sobre eventuais intercorrências, dificuldades enfrentadas ou necessidades atuais. Em seguida, já em contato com o paciente, se este tenha capacidade de verbalizar, conversamos, orientamos. O exame físico geral é dirigido também é realizado de forma sistemática: sinais vitais, ausculta, palpação, verificação de possíveis escaras e tratamento de infecções de pele se existentes, no caso de acamados. Ao final, revisamos os medicamentos em uso. Na falta de algum destes, renovamos as receitas, atualizamos solicitação de fisioterapia domiciliar e/ou pedido de fraldas geriátricas.

Um família, em especial, composta de uma senhora, há 5 anos cuidadora integral de dois acamados: seu esposo e sua mãe. É impressionante ver sua disposição e dedicação em cuidá-los, sozinha. Por isso, é dada especial atenção à essa família. Mesmo que não haja visita domiciliar tão freqüentemente, os agentes comunitários sempre estão atentos à qualquer situação.

Outra situação que ficou marcada foi de um jovem de 30 anos, acometido por uma neoplasia pulmonar extremamente agressiva. Já com metástase óssea ao diagnóstico, em cerca de 60 dias de evolução dos sintomas, fomos chamados para realizar uma VD. O paciente, que até então não fazia acompanhamento na USF, morava apenas com a mãe idosa. A casa, de madeira, cheia de frestas, telhado baixo, pouquíssimo ventilada e iluminada, com apenas uma cama. Encontramos o homem já paraplégico e debilitado, sem conforto algum. Contactamos ambulância para que começasse a transportá-lo para as sessões de quimioterapia, fizemos a solicitação de cama, cadeira de banho, fraldas. Infelizmente o curso da doença foi mais rápido e ele faleceu semanas depois.

Creio que a visita domiciliar transcende a experiência da saúde para outro patamar, a um nível de empatia maior com o ser humano. Conseguimos enxergá-lo melhor em sua totalidade. No consultório, o paciente “abre” seu corpo e suas doenças. Na visita domiciliar ele abre a porta da sua casa, seu quarto, seu dia a dia, sua família, suas emoções mais íntimas.

5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS

O curso de especialização do UNA-SUS não poderia ter sido melhor elaborado: aliou os conceitos e conhecimentos teóricos acerca da saúde pública à vivência da Unidade Básica de Saúde, finalizando com a sedimentação e atualização das condutas clínicas dos principais agravos de saúde da nossa população.

O eixo I, particularmente, foi um desafio. Como recém-formada, ainda tinha muitos conceitos na memória sobre a disciplina de saúde coletiva, diretrizes do SUS e todo aquele conteúdo que estudamos nas aulas de medicina preventiva. No entanto, o diferencial das atividades desse eixo era justamente não focar nos conceitos teóricos em si, mas como se dava a aplicabilidade deles. Não era objetivo da atividade decorar leis, parágrafos e significados, mas sim entender o que são, como funcionam na prática e, principalmente, se não funciona o porquê disso e de que maneira poderíamos mudar tal realidade.

Num primeiro momento encontrei dificuldades, dada a inexperiência e um turbilhão de mudanças na vida: recém-formada, distante da cidade natal e da família, primeiro emprego e já com muitas responsabilidades. Porém, logo me estabilizei e pude encontrar nas atividades do eixo I um motor que me impulsionou adiante, como profissional. As tarefas exigiam uma troca de informações e saberes entre os mais diversos profissionais da equipe. Isso trouxe um estreitamento na minha relação com meus colegas de trabalho e pude aprender juntamente com eles, que já estavam há anos atuando na atenção básica. Também melhorou meu entendimento sobre as funções de cada um ali, tornando muito mais palpável e concreto o conhecimento vindo das leituras e debates.

Um dos aprendizados mais significativos pra mim, no eixo I, foi sobre a importância do Acolhimento na atenção básica. Eu já havia estudado sobre o tema durante a graduação, porém não tinha noção do quão indispensável e impactante ele é. Somente quando comecei a atuar numa ESF de verdade e relembrar na leitura das atividades me dei conta do valor do acolhimento. O que já funcionava bem, na minha ESF, passou a ser muito melhor após o aprendizado em conjunto sobre como aperfeiçoar o acolhimento. Os pacientes deixaram de procurar serviços de urgência com queixas ambulatoriais, melhoraram a adesão e o acompanhamento na USF e sentem-se muito satisfeitos com a resolutividade e com o acesso, já que não precisam mais ficar madrugada adentro em filas, aguardando uma ficha de atendimento.

Se o eixo I tinha sido um salto na minha experiência na Saúde da Família, com o eixo seguinte não poderia ser diferente. O anúncio das atividades do eixo II me encheu de expectativas. Como médica amante da medicina interna, não tive dúvidas de que teria um bom aproveitamento. Os casos clínicos aperfeiçoaram minha prática clínica, a medida em que me estimulava a leitura dos casos, os quais eram muito semelhantes aos que eu vivenciava, como o caso Dona Maria, que é o protótipo da maior parte das minhas pacientes (idosas, hipertensas e com dor articular crônica). Cada leitura que eu fazia sedimentava mais conceitos antigos e me atualizava sobre novos. Em seguida, a realização de exercícios avaliativos era uma maneira de fixar mais ainda o conteúdo aprendido. Vale destacar ainda que, a realização das atividades também era uma excelente forma de estudar para as provas de residência.

Com o eixo II não aprendi apenas sobre doenças, diagnósticos e manejos. Aprendi a escutar e olhar mais o paciente, a ser mais atenta aos detalhes, a individualizar tratamentos e a ser mais sensível para detectar situações que vão além de disfunções orgânicas, e que composto químico ou fármaco algum consegue tratar isoladamente. O “caso Darlene” serviu para me despertar sobre outros tipos de sofrimento que não biológico ou de órgão. Estes não menos importantes ou simples, de fato, até mais complexos: perda familiar, depressão puerperal, violência contra mulher, abuso sexual infantil, uso de drogas na adolescência.

Minha trajetória no curso de especialização foi marcada por um enriquecimento de ensinamentos para a vida. Definitivamente, um divisor de águas. Antes o que eu via apenas como um amontoado de leis e diretrizes utópicas ou como um serviço de saúde pouco importante e pouco resolutivo, com o curso de especialização pude abrir minha mente e reconhecer que quem faz a atenção básica ser o que é somos nós. Os livros, as diretrizes, os conceitos não se personificarão sozinhos, mas o bom profissional saberá utilizar desse conhecimento para realizar uma saúde da família de qualidade e assim valorizar a atenção básica.

A confecção de um portfólio como parte da atividade final de conclusão de curso foi a oportunidade de ouro. A experiência e o conhecimento adquiridos só fazem sentido quando compartilhados. Poder colocar em palavras e à disposição de outros aquilo que aprendi é muito gratificante e de uma responsabilidade enorme. Certamente essa pós-graduação, a experiência no PROVAB agregaram bons frutos para minha carreira profissional, que está só começando.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes—2016: Summary of Revisions**. New York City, 2015. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S4.article-info;

BERGLUND, L. *et al.* **Evaluation and Treatment of Hypertriglyceridemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline**. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 97, n. 9, p. 2969 – 2989, Setembro 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3213>;

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Consenso - Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino**. Rio de Janeiro: INCA, 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf;

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacina Contra HPV na Prevenção de Câncer de Colo do Útero**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/VacinaHPV-final.pdf>;

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes Brasileiras Para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf;

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. **A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605 – 613, Setembro 2010. ISSN 1984-0470. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29674/31546>;

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. ISBN 9788536326184;

MENDES, A. **Meninos começam a ser vacinados contra HPV na rede pública de saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/27184-meninos-comecam-a-ser-vacinados-contrahpv-na-rede-publica-de-saude>;

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Controle Integral do Câncer do Colo do Útero: Guia de Práticas Essenciais**. 2. ed. Washington, D.C: [s.n.], 2014. ISBN 978-92-75-71879-7. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;

ROSENSON, R. S.; KASTELEIN, J. J. P. **Hypertriglyceridemia**. Waltham, MA, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/hypertriglyceridemia>;

VINZÓN, S. E.; RÖSL, F. **HPV Vaccination For Prevention of Skin Cancer**. Human Vaccines & Immunotherapeutics, v. 11, n. 2, p. 353 – 357, Fevereiro 2015. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.4161/21645515.2014.983858>>.



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Ingrid Emily Alencar Bento

**Implantação de Grupo para Controle do Tabagismo em uma equipe de Estratégia
de Saúde da Família**

Gravataí- RS

Outubro/2016

Resumo

Trabalho descritivo em processo de aplicação na ESF Parque dos Eucaliptos do município de Gravataí-RS, em que se busca a implantação de um Grupo para Controle do tabagismo. A prevalência de fumantes e de portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, muitos descompensados, chamou a atenção da equipe para atuar em medidas de impacto preventivo. O primeiro passo foi adquirir capacitação no curso de Controle do Tabagismo, para obter certificado para organizar um grupo. Em seguida, através de inscrição, foram selecionados 12 participantes que desejavam abandonar o fumo. Seguindo as diretrizes de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), os pacientes passaram por entrevista clínica e estratificados, segundo seu grau de abstinência, para terapêutica indicada - uso ou não de reposição de nicotina. A partir daí foi definido cronograma com duração de 3 meses, sendo: 4 reuniões semanais no primeiro mês; 2 reuniões quinzenais no segundo mês e uma reunião final no terceiro mês. O objetivo das reuniões é de compartilhar as experiências e dificuldades enfrentadas pelos usuários, em processo de cessação do tabagismo, além de esclarecer dúvidas, apoiar e encorajar a manter-se firme no programa. Espera-se adesão completa e adequada dos participantes que iniciaram, e resultados positivos com abstinência mantida do tabagismo. O grupo pioneiro servirá como base para criação de grupo permanente, que se aperfeiçoará para manter índices cada vez menores de tabagistas na USF Parque dos Eucaliptos.

Palavras-chave: Tabagismo; Controle do tabagismo; Atenção Primária à Saúde.

Sumário

1. Introdução	04
2. Problema	05
3. Justificativa	06
4. Objetivos	07
4.1 <i>Objetivo geral</i>	07
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	07
5. Revisão de Literatura	08
6. Metodologia e Métodos.....	10
7. Cronograma	11
8. Recursos necessários	13
9. Resultados esperados	13
10. Referências bibliográficas	14

1. Introdução

O tabagismo é um problema de saúde pública mundial, acometendo a saúde física, psicológica e comportamental de milhares de pessoas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Além de alta morbidade, observam-se altos índices de mortalidade, pelo menos 6 milhões de mortes por ano (WHO, 2011).

Dados epidemiológicos demonstram uma associação causal entre o uso de tabaco e pelo menos 50 doenças, principalmente as cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas. Estudos revelam que o fumo é responsável por 45% dos óbitos por doença coronariana isquêmica, 85% por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 25% por doenças cerebrovasculares (Acidente Vascular Cerebral) e 30% por câncer (PINTO, M.T., 2015). É um percentual bastante significativo, considerando apenas os prejudicados diretamente. Porém, há que se levar em consideração os danos indiretos, representados pelos tabagistas passivos. Estima-se que 40% das crianças, 35% das mulheres e 33% dos homens não fumantes estão expostos à fumaça dos derivados do tabaco. Tal fato leva a pelo menos 603 mil mortes anualmente, sendo 47% em mulheres, 28% em crianças e 26% em homens (OBERG, M., *et al*, 2011).

No Brasil, o Rio Grande do Sul é o estado que ocupa a primeira posição entre a maior incidência de tabagistas: 19% da população adulta. Uma pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Municípios (CNM, 2012), com base em dados de 2006 a 2010, mostra que o estado também possui a maior taxa de mortalidade pelo fumo, com 0,036 óbitos para cada mil habitantes.

Felizmente, vem ocorrendo declínio na prevalência do tabagismo no Brasil. Em uma pesquisa, Monteiro e colaboradores observaram uma queda de 34,8% para 22,4%, entre 1989 e 2003. Outro dado mais recente, de 2008, reforça essa redução da prevalência, para 18,5%, em comparação com 1989 (CNM, 2012).

O impacto positivo observado nas últimas décadas demonstra a importância de se investir no controle do tabagismo no Brasil. Nesse propósito, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) vem ganhando mais incentivos, principalmente na atenção básica, para “prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco” (BRASIL, 2011).

2. Problema

O tabagismo é fator de risco para doenças cardiovasculares, além de principal causador de neoplasia pulmonar. O elevado número de tabagistas na USF Parque dos Eucaliptos, muitos deles já com agravos de saúde avançada e sem acompanhamento clínico, demonstra a gravidade do problema. Chama a atenção ainda, o número de indivíduos tabagistas jovens, com alto grau de dependência, além de tabagistas crônicos, de longa data, já com prognóstico reservado.

3. Justificativa

O modelo de intervenção proposto se justifica pelo impacto na saúde que o controle do tabagismo produz. O abandono do cigarro melhora o controle em comorbidades já existentes, como Hipertensão Arterial e previne o surgimento de outros agravos, como DPOC e câncer de pulmão. Como problema de saúde totalmente evitável, a melhor medida é a prevenção, foco também abordado neste projeto.

4. Objetivos

- ***Objetivo geral***

- Auxiliar a implantação do projeto para controle do tabagismo na Unidade de Saúde da Família Parque dos Eucaliptos;
-

- ***Objetivos específicos***

- Quantificar o número de tabagistas que desejam cessar o hábito de fumar, pertencentes à Unidade de Saúde da Família Parque dos Eucaliptos, sobretudo da área da equipe 3;
- Abordar de maneira individual e/ou grupal, com ou sem medicamentos, a interrupção do tabagismo;
- Reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbi-mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco;
- Promover educação em saúde a fim de reduzir a experimentação e iniciação do fumar.

5. Revisão de Literatura

Apesar do amplo reconhecimento científico acerca dos malefícios do tabagismo, enquanto causador de uma série de agravos de saúde, o consumo do cigarro aumentou cerca de 50%, no período entre 1975 a 1996, principalmente às custas do aumento do uso em países em desenvolvimento, cujas políticas para controle do tabagismo ainda são frágeis e incipientes (WHO, 2001).

No Brasil, só em 2011, o tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos, o que corresponde a 14,7% do total de mortes ocorridas no país. O elevado consumo, principalmente entre as décadas de 1950 e 1970, trouxe as conseqüências tardias, sendo a principal delas o câncer de pulmão, que é o de maior mortalidade entre os homens e a segunda causa de morte por neoplasia em mulheres (PINTO, 2015).

O controle da epidemia do tabagismo encontra um entrave significativo no Brasil, que é o fato de o país ser o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo. O Rio Grande do Sul se destaca nesse cenário, pois a produção, a industrialização e a comercialização do tabaco sustentam boa parte da economia gaúcha (BRASIL, 2009). Felizmente, houve queda no número de tabagistas no Rio Grande do Sul. Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, o consumo de tabaco caiu 33% nos últimos seis anos (UNIFESP- Lenad, 2012).

Ainda que tenha havido um declínio do tabagismo a nível nacional, é indiscutível a necessidade de ações efetivas para o controle continuado do tabagismo, envolvendo a interação estratégica entre os diversos setores de saúde, sociais, governamentais e não-governamentais (LUCCHESI, 2013).

Dessa forma, visando a promoção de saúde foi criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), em 1989, sob coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde, responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer. Por meio de parcerias entre as secretarias municipais e estaduais, da sociedade civil e das áreas da saúde e sociedades científicas, o INCA desenvolve e coordena ações para o PNCT (BRASIL, 2012).

As ações do Programa envolvem desde a educação em saúde (informação para população sobre riscos e malefícios do cigarro), quanto ações específicas para promover a cessação do fumar (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, o programa tem atuado por meio campanhas educativas para conscientização da população geral e capacitações dirigidas a profissionais de saúde. Dentre elas, uma medida interessante é o "Disque Pare de Fumar" – um serviço telefônico gratuito que dá informações, orientações de apoio e incentivo à cessação do fumo pelo manejo verbal cognitivo-comportamental. É um serviço que atua desde de 2001 e as grandes empresas de fumo são obrigadas a divulgar o número do serviço nas embalagens de cigarro. Ainda dentro do grupo de abordagem cognitivo-comportamental, existe a atuação de profissionais de saúde, os quais atuam na chamada "abordagem breve". Esses profissionais são treinados a interpelar o tabagismo, de maneira que o motive a querer abandonar o tabaco. É uma maneira eficaz de iniciar o assunto nas rotinas de atendimento (CAVALCANTE, T.M., 2005).

Desde 2004, o tratamento para o controle do tabagismo tem sido feito mais próximo do usuário do SUS. Através da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que gerou as Portarias Ministeriais GM/MS nº 1.035, de maio de 2004 e SAS nº442, de agosto de 2004, foi aprovado o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Tal plano diz respeito à inserção da já comentada abordagem cognitivo-comportamental, associada ou não ao tratamento adjuvante medicamentoso (gomas/adesivos de nicotina e bupropiona) na rede de atenção básica (prioritariamente) e de média complexidade do SUS, representado, especialmente, pelos Centros de Assistência Psicossocial -CAPS (BRASIL, 2004).

Dentro do contexto da Atenção Básica, existem uma série de estratégias para controle dos principais problemas de saúde pública, as quais são organizadas em Cadernos de Atenção Básica. Nestes são abordados temas importantes, como: "Hipertensão Arterial Sistêmica"; "Prevenção Clínica de Doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica" e "Doença respiratórias crônicas". Nessas áreas o controle do tabagismo é fundamental para obter o controle da doença de base e evitar a piora da saúde dessa população alvo. (BRASIL, 2007)

Diante disso, a Estratégia de Saúde da Família deve estar engajada no controle do tabagismo. Desde a visita do ACS para busca-ativa e incentivo para abandonar o vício, até o médico na prescrição dos medicamentos de apoio e no acompanhamento de problemas de saúde já instalados com o uso crônico do tabaco (TEODORO, 2012).

6. Metodologia e Métodos

Trabalho com metodologia do tipo pesquisa-ação, o projeto inicia após capacitação médica acerca do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Na Unidade, foi oferecida apenas uma vaga para o curso, que foi destinada ao profissional médico da equipe.

Após capacitação, realizou-se reunião com a equipe de enfermagem para discussão do tema e elaboração de projeto para implantar o grupo de Controle do Tabagismo. Inicialmente o grupo será formado por 12 usuários, selecionados por ordem de inscrição. Estes serão entrevistados e orientados sobre o grupo, individualmente, durante consulta médica, ocasião em que também será feita avaliação do grau de dependência nicotínica e condições gerais de saúde.

O cronograma das reuniões do grupo seguirá o recomendado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, como ministrado na capacitação. O grupo terá duração de 3 meses. Serão quatro reuniões semanais, com duração de no máximo uma hora e meia, no primeiro mês. Cada reunião será dirigida por um coordenador (médico, enfermeiro ou psicólogo convidado que se revezarão na atividade), o qual atuará como um agente auxiliador no estímulo entre troca de vivências e experiências entre os usuários, esclarecendo as principais dúvidas, encorajando a persistir, mesmo na presença de eventuais recaídas etc. Já aqueles usuários que estiverem em uso de medicações para controle dos sintomas abstinéticos também serão avaliados individualmente, em agenda específica, para acompanhamento de efeitos adversos potenciais, ajustes ou manutenção de doses. Após o primeiro mês, iniciará a fase de manutenção, havendo, então, duas reuniões quinzenais no segundo mês. Já no terceiro e último mês haverá apenas uma reunião, finalizando o acompanhamento do grupo.

Para permanecer com acompanhamento no grupo, será exigido assiduidade em todos os encontros, com tolerância de apenas uma falta, previamente justificada, sob pena de exclusão do grupo, caso contrário.

No encerramento do grupo será feito balanço geral sobre os resultados esperados e alcançados, e discussão entre os usuários acerca da opinião pessoal sobre sua experiência individual e o que o grupo representou para cada um. Os resultados objetivos e subjetivos serão posteriormente analisados e debatidos em reunião de equipe. As experiências com o grupo serão de grande valia para o aperfeiçoamento dos grupos subseqüentes ou até mesmo na elaboração de grupo permanente.

7. Cronograma 2016-2017

ATIVIDADE	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO
Capacitação PNCT	X					
Reunião e elaboração do grupo com Equipe de Enfermagem		X				
Abertura de inscrição e avaliação clínica		X	X			
Início das reuniões semanais				X		
Início da Fase de Manutenção					X	
Encerramento						X

8. Recursos Necessários

- Profissionais: médico, psicólogo, enfermeiro, técnico e agentes comunitários de saúde;
- Salão para atividades educativas;
- Cartilhas de atividades para coordenador do grupo de Controle do Tabagismo e para usuários participantes;
- Adesivos/goma de nicotina e Bupropiona;
- Agenda para controle de assiduidade dos usuários ao grupo;

9. Resultados Esperados

- Aproximar comunidade e equipe de saúde;
- Ressaltar a importância do controle do tabagismo para uma vida saudável;
- Reduzir o número de tabagistas ativos, principalmente entre os mais jovens;
- Desenvolver um seguimento adequado para manutenção do controle do tabagismo;
- Estimular o trabalho multidisciplinar.

10. Referências

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional>;

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Tabagismo 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009;

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).** Brasília, DF: INCA, 2014. Disponível em: www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf;

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante, Consenso 2001.** Brasília, DF: INCA, 2001;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica, 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 68 p;

BRASIL. Ministério da Saúde. - **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina,** Anexo II da Portaria SAS/MS 442/04, 2004;

CAVALCANTE, T.M. **O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios.** Rev. psiquiatr. clín. vol.32 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2005;

CNM- Comissão Nacional dos Municípios. Rio Grande do Sul tem a maior incidência de tabagismo do Brasil. Notícia publicada em 2012. Disponível em: <http://correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/Sa%C3%BAde/2012/2/389319/Rio-Grande-do-Sul-tem-a-maior-incidencia-de-tabagismo-do-Brasil>>;

LUCCHESI, R. *et al.* **A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo.** Texto contexto-enferm. vol.22 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2013;

OBERG, M., *et al.* **Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries.** Lancet 2011; 377:139-46;
PINTO, M.T., Pichon-Riviere, A., BAR, A. **Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos.** Cad. Saúde Pública vol.31 no.6 Rio de Janeiro, Junho, 2015;

TEODORO, W.R. **Manejo do Tabagismo na Atenção Básica.** UFMG, 2012.

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo **II LENAD- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas, 2012;

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants.** Geneva: World Health Organization; 2011;

WHO. World Health Organization - **Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization.** WHO/NMH/TFI/01.4, 2001;



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde