

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Juliana Rocha Benedetti

**ABORDAGEM AO TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ESMERALDA
- PORTO ALEGRE / RS**

**Porto Alegre
2017**

Juliana Rocha Benedetti

Abordagem ao Tabagismo na Estratégia Saúde da Família Esmeralda - Porto Alegre / RS

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

Porto Alegre

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE , EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	12
4 VISITA DOMICILIAR	14
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
6 REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	22

1 INTRODUÇÃO

Nascida em Triunfo e criada em Novo Hamburgo, sou filha caçula de uma prole de dois filhos. Concluí ensino médio em colégio de Irmãos Maristas no ano de 2005, em 2009 ingressei na faculdade de medicina na Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Em minha faculdade desde a primeira semana de aula já mantivemos contato com a atenção primária na disciplina de Relação Médica. Aprofundei ainda mais meu conhecimento na área participando do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) por pouco mais de dois anos. Em dezembro de 2014 graduei-me em Medicina e já iniciei a atuar em Pronto Atendimento nas cidades de Rio Grande e São José do Norte, Rio Grande do Sul. Em fevereiro de 2016, residindo em Porto Alegre, mantive-me voltada ao Pronto Atendimento nas cidade de Viamão, Charqueadas e Porto Alegre, sendo que em maio de 2016 tive a oportunidade de ingressar no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB na Estratégia Saúde da Família (ESF) Esmeralda.

Esta unidade onde estou inserida situa-se na periferia da cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, no bairro Agronomia ,imagem da casa em ANEXO II. Segundo informações internas da unidade, dados estes não oficiais, a US Esmeralda possui uma população adscrita de mais de 8 mil pessoas e conta com apenas duas Equipes de Saúde da Família. Não há registros precisos da data de criação da Unidade de Saúde (US) Esmeralda, sabe-se entretanto, conforme relatos de agentes de saúde mais antigos, que a municipalização da mesma ocorreu em 1996 e que antes disto já funcionava há alguns anos. A comunidade assistida apresenta-se heterogênea, com vários locus de vulnerabilidade sociocultural, econômica e ambiental. Observam-se disparidades socioeconômicas, com regiões extremamente carentes , expostas ao lixo e esgoto, com condições precárias de sobrevivência, mescladas a áreas mais desenvolvidas com moradias com padrões econômicos mais sofisticados , evidenciadas em ANEXO III. As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e cinco agentes de saúde da comunidade (ACS), porém em ambas equipes dois dos cinco agentes estão em licença saúde por tempo indeterminado há mais de dois anos. A unidade conta também com duas enfermeiras, uma fisioterapeuta e uma psicólogo-

ga da residência multiprofissional da Escola de Saúde Pública /Rio Grande do Sul, além do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Lomba do Pinheiro. Recentemente foi adicionado uma equipe de saúde bucal com uma cirurgiã dentista e uma auxiliar em saúde bucal, no entanto, devido ao pequeno espaço físico os atendimentos ocorrem fora da unidade. Atualmente estamos em busca da terceira equipe para a unidade, em vista da numerosa população e falta de ACS sem previsão de retorno. Devido o dado populacional ser extra oficial, as equipes estão focadas em realizar o cadastramento de seus usuários para poder comprovar a população excedida do preconizado pelo ministério da saúde (máximo 750 pessoas por ACS). ¹ No momento contamos com 5 mil usuários cadastrados. A falta dos ACS compromete muito o cadastramento, além disto, em nossa unidade os mesmos não fazem apenas a função de visitar os domicílios, mas ainda atuam na recepção, transcrição de solicitação de exames no sistema, comunicação via telefone quando consultas ou exames são agendados, realizam trabalhos sociais como teatro, grupo do movimento, horta comunitária além de representarem a comunidade frente aos conselhos.

Em nossa área de abrangência existe uma escola, uma creche e um centro de reabilitação. A Escola La Salle - Ensino Infantil e Fundamental foi fundada em 1981 por solicitação dos moradores e funciona em regime de filantropia, com bolsas disponíveis a 99% dos alunos. A Creche Comunitária Meu Nenê recebe ajuda da Prefeitura Municipal de Porto Alegre para o pagamento de funcionários, mas necessita mensalidade de 130 reais por criança ao mês. Como é a única instituição infantil do território e tem capacidade para no máximo 50 crianças, existe relevante atividade informal de cuidado de crianças na região. O Centro de Reabilitação Vita é uma organização não governamental e atende dependentes químicos, idosos, acamados, doentes crônicos e pacientes de saúde mental. Após sofrer denúncias referente às más condições de higiene e moradia o Centro Vita está reformulando sua metodologia e infraestrutura com grande melhoria na atenção de seus usuários.

Sabe-se que a atenção primária em saúde trata-se de uma estratégia de organização da atenção a saúde para responder de forma regionalizada, continua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como atenção a indivíduos e comu-

nidades. ² A atenção básica (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação com toda a rede de atenção a saúde. ² Com objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes sociais, a promoção à saúde é uma estratégia de produção de saúde a ser enfatizada. ²

A ESF Esmeralda atinge totalmente o objetivo de ser a principal porta de entrada de seus usuários, e , por se tratar de uma população de mais de 8 mil pessoas, predominantemente jovens, tem sua atenção muito voltada à demanda imediata, com pouco tempo disponível para a atividade preventiva. Por este motivo a minha escolha para o projeto de intervenção, em ANEXO I, foi a abordagem do tabagismo na atenção básica, visto que a unidade mostrava-se carente na ação anti-tabágica, onde até mesmo os que procuravam ajuda não a encontravam pois a equipe estava atrelada à idéia de que o único método de ação é aquela feita pelo médico nas atividades em grupos, os quais estavam sem acontecer há algum tempo na unidade. Além do que , o tabagismo é a principal causa de morbimortalidade prevenível no mundo ³ e o sucesso para parar de fumar é diretamente proporcional ao tempo de aconselhamento que lhe é dedicado na sua abordagem.

4

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

26/08/16: JSM, 26 anos, feminino, vem à segunda consulta de pré-natal acompanhada do esposo. JSM tem 1 filho de 4 anos e meio de idade, nascido por parto normal, peso nascimento foi 2100g, a termo. JSM está em um novo relacionamento, cujo esposo não tem filhos. Há 1 ano apresentou abortamento espontâneo no primeiro trimestre de gestação. Relata menstruação irregular, desta forma não tem certeza da data da última menstruação (DUM), que seria por volta de final de maio - Idade gestacional (IG) estimada 13 semanas 2 dias. Nega doenças prévias ou alergias medicamentosas. Está em uso de ácido fólico 5mg ao dia conforme orientação da Enfermeira na primeira consulta. Relata consumo de cigarro com filtro, cerca de 15 cigarros ao dia há 5 anos. Esposo estimula a cessar o uso pois o mesmo apresenta piora de sua asma quando esposa fuma no interior do domicílio, porém a paciente confessa que nunca teve desejo nem tentou parar de fumar. Nega histórico de pré-eclampsia, uso de drogas, hipertensão arterial, diabetes ou infecção urinária. Apresenta história familiar de hipertensão arterial (mãe e pai). Sem queixas nesta consulta, ainda não sente movimento fetal. Relata alimentação balanceada apesar de náuseas frequentemente, usando metoclopramida 10mg.

Teste de Fagerstrom para a dependência à nicotina: total 3 - dependência baixa (fuma o primeiro cigarro mais de 60 minutos após acordar, não acha difícil ficar sem fumar em lugares proibidos, o 1º cigarro do dia traz mais satisfação, fuma 11-20 cigarros por dia, fuma mais frequentemente pela manhã, não fuma quando está doente).

Citopatológico do colo de útero realizado há 4 meses sem alterações. Traz carteira de vacinas apresentando apenas 1 dose de dT. Demais imunizações completas, entre elas rubéola, hepatite B e influenza. Aporta ainda resultado de exames do primeiro trimestre solicitados na primeira consulta.

Laboratoriais 05/08/16:

Hemograma: eritrócitos 3,99 milhões/mm³, hemoglobina 13,4g/dL, hematócrito 39,1%, VCM 98um³, HCM 33,5pg, CHCM 34,2g/dL, RDW 13,0, leucócitos totais 8,7-

mil/mm³ , neutrófilos 66,7%, linfócitos 24,3%, Monócitos 7,4%, Eosinófilos 1,4%, Basófilos 0,2%, plaquetas 174mil/mm³;

Glicemia de jejum 82mg/dL;

Tipo sanguíneo: O;

Fator Rh: positivo;

Eletroforese de Hemoglobina : AA;

Toxoplasmose IgG e IgM não reagente;

Cultura secreção vaginal e análise sem crescimento;

EQU: sem alterações;

Urocultura sem crescimento bacteriano;

Anti HbS: positivo 80 ,0 mUI/mL;

Ao exame físico, paciente em bom estado geral, lúcida, orientada e coerente, mucosas unidas e coradas, acianótica, anictérica e afebril. PA 110/70mmHg, peso 55kg. Exame cardiovascular e respiratório dentro da normalidade. Abdome gravídico, altura uterina 12cm, batimento cardíaco fetal 156bpm.

Avaliação: primeiro trimestre gestacional, tabagismo fase de pré-contemplanção.

Oriento a paciente quanto à prevenção de toxoplasmose , visto que não apresenta imunidade. Explico que devem ser consumidos legumes e verduras sempre bem higienizados, não consumir carnes cruas ou mal cozidas, otimizar higiene com animais de estimação, evitar consumo de vegetais crus em ambientes suspeitos. Solicito a realização da segunda dose de dT, com plano de realizar dose de dTpa entre 27^oe 36^o semana de gestação . Estimulo paciente a cessar tabagismo devido teratogenicidade, além de malefícios à sua própria saúde e à saúde do esposo asmático e filho. Oriento que pelo menos tente diminuir a carga tabágica e forneço material de apoio motivacional. Oriento sobre uso de álcool , medicamentos e drogas. Oriento sobre importância de vir às consultas de pré-natal , alimentação saudável e ganho de peso. Alerto sobre sinais e sintomas comuns da gestação e aqueles que

representam algum risco. Aguardando ecografia (ECO) morfológica já solicitada. Manter uso de ácido fólico 5mg ao dia. Retorno em 30 dias com enfermeira.

21/10/16: Gestante vem à quarta consulta de pre-natal acompanhada do esposo. Em uso de sulfato ferroso 40mg ao dia conforme orientada pela enfermeira em consulta anterior. IG por DUM 21 semanas e 2 dias , IG por ECO realizada com 15 semanas e 4 dias: 22 semanas. Relata alívio de náuseas e vômitos, assintomática. Relata sentir movimentação fetal. Realizou vacina dT.

Paciente relata ter conseguido diminuir carga tabágica para 8 cigarros ao dia e declara estar decidida a tentar cessar completamente o uso do cigarro, pois na consulta com enfermagem foi mantido aconselhamento e estímulo para parar de fumar onde pode perceber o mal que está causando ao seu filho. Paciente aceita proposta de escolher data e método. Oriento quando à contraindicação do uso de medicações e garanto que a mesma terá todo amparo nesta nova etapa de ação. Oriento sobre métodos de parada (gradual ou abrupta) , sobre os sinais e sintomas de abstinência , assim como métodos para controle da abstinência, tais como realizar atividade física, alongamentos, beber água, chupar gelo, mascar cenoura em crises. Oriento JSM escolher uma data dentro de 30 dias para parar e modo, sendo escolhido pela paciente em 7 dias de forma abrupta.

Exame físico obstétrico dentro da normalidade , exceto altura uterina diminuída para idade gestacional (18cm) condizente com quadro de tabagismo.

Solicito exames do segundo trimestre e oriento retorno em 7 dias para manter abordagem intensiva ao tabagismo, agendo consulta de pre-natal com enfermeira em 30 dias.

Avaliação: segundo trimestre gestacional , tabagismo em fase de preparação.

28/10/16: JSM, 23 semanas de gestação , vem a consulta de abordagem individual intensiva para cessar tabagismo, sem queixas obstétricas, referindo ansiedade pois hoje é a data que escolheu para parar abruptamente de fumar. Relata estar confiante pois está bem motivada devido a gestação e está recebendo bastante apoio da família, principalmente do esposo. Relata que a única pessoa que não a tem estimulado é o seu pai, visto que nunca tiveram bom relacionamento , e este fala que ele mesmo já tentou parar de fumar e nunca obteve sucesso, desta maneira julga

que a filha não conseguirá. Retomo os efeitos deletérios causados pelo cigarro ao feto, à própria paciente e a pessoas com quem convive. Exemplifico com o baixo peso de nascimento do primeiro filho, o abortamento espontâneo recente e a exacerbação da asma do esposo. Repito medidas para enfrentar abstinência. Aconselho não conversar com seu pai a respeito deste assunto e sim com as pessoas que a apoiam neste momento. Agendo retorno em 7 dias com residente psicóloga para manter abordagem e apoio psíquico.

Avaliação : segundo trimestre gestacional , tabagismo em fase de ação .

04/11/16: JSM, 25 semanas de gestação, vem a consulta de abordagem individual intensiva para controle de tabagismo. Relata estar abstinente há 2 semanas, conseguindo enfrentar a fissura, realizando caminhadas diárias, sem queixas obstétricas. Mantém consigo permanentemente uma garrafa de água e balas dietéticas para momentos de maior fissura. Já nota mudança no paladar e olfato fazendo com que tenha mais apetite do que o habitual. Estimulo manter abstinência, enfatizo benefícios de parar de fumar e parabênizo pelo êxito. Oriento retorno para consulta de rotina pré-natal já agendada em 7 dias com enfermagem e agendo retorno em 15 dias para acompanhamento da abstinência do tabaco. Ap[os este período planejo manter abordagem atrelada às consultas de pré-natal .

Na literatura encontramos estudos que apontam diminuição da incidência de tabagismo na gestação, porém permanece ainda frequente.⁵ Em 1982 35,6% das gestantes fumavam, reduzindo para 25,1% em 2004.⁵ O hábito de fumar reduz a fertilidade das mulheres, além de aumentar a probabilidade de doenças cardiovasculares e representar riscos à saúde do feto e do recém-nascido,⁶ como o baixo peso ao nascer e óbito perinatal.⁷ Uma revisão sistemática com meta-análise comprovou estatisticamente a relação de malformação congênita com o uso do tabaco, entre elas, dos sistemas cardiovascular, digestivo, musculoesquelético, da face e do pescoço.⁸ Além disto há evidência de que independentemente da carga tabágica resulta impacto adverso ao feto quando comparado a gestantes não tabagistas.⁸ Fatores como baixa escolaridade, idade avançada, maior paridade e consumo de álcool mostram-se relacionados com o uso de tabaco na gestação, em contrapartida , o maior número de consultas pré-natais, maior renda familiar e possuir companheiro(a) como fatores de proteção.⁹ O Inca aconselha que o período gestacional deve

ser aproveitado pelos profissionais de saúde para reforçar o conhecimento de que cessar o consumo de tabaco irá reduzir os riscos à saúde do feto pois é o período que as mulheres estão mais motivadas.¹⁰ A respeito do tratamento medicamentoso, não há dados conclusivos pois há duas meta-análises randomizadas que não evidenciaram aumento significativo na taxa de sucesso na cessação do tabaco com o uso de terapia de reposição de nicotina (TRN).^{10,11} No entanto, um terceiro estudo em que separava em dois grupos -terapia cognitivo comportamental (TCC) isolada e TCC associada a TRN apresentava resultados de 3 vezes mais propensão a parar de fumar no grupo com TRN associada, porém o estudo foi suspenso devido efeitos adversos, especialmente parto prematuro.¹² Sendo assim, não há recomendações quanto ao uso de TRN em gestantes, devendo o médico assistente avaliar o risco-benefício da utilização da medicação.¹³ É consenso que o uso de bupropiona é proibitivo na gestação.¹³ As gestantes que não conseguirem parar de fumar, devem ser encorajadas a diminuir a quantidade de cigarro consumido diariamente.¹⁴

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

Em minha prática diária na ESF ESMERALDA, Porto Alegre, onde atuo há pouco menos de um ano, a atenção ao pré-natal sempre foi priorizada por todos da equipe, pois ações de saúde em mulheres podem ter um impacto direto na diminuição dos índices de morbimortalidade materno - infantil.¹⁵ O atendimento é alternado entre enfermeira e médico, tendo ainda, recentemente consultas com a dentista desde que foi implementado odontologia na unidade. Nas consultas seguimos o que é preconizado no Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, atualizado em 2015, que visa uma prática racional e custo - efetiva, baseada nas evidências de literatura atualizadas.

Trabalhamos na unidade com período de acolhimento em turno integral, a qualquer horário que o paciente acessar a unidade ele será acolhido. E, sendo gestante, ocorre o agendamento o mais breve possível da primeira consulta de pré-natal com a enfermeira onde a mesma já realiza os testes-rápido. Aquelas gestantes que não procuram a unidade ou estão faltosas, realizamos busca ativa através dos agentes de saúde. Preconizamos a qualidade e frequência das consultas pois um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré -natal [Grau de recomendação B],¹⁵ ademais o cuidado assistencial no primeiro trimestre é utilizado como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos [Grau de recomendação B].

Nas consultas realizamos ações preventivas como indicação do uso de ácido fólico. O Ministério da Saúde preconiza o início de ácido fólico 60 a 90 dias antes da gestação para prevenção de defeitos do tubo neural e manter durante todo primeiro trimestre da gestação,¹⁶ porém noto dificuldade no planejamento da gestação na comunidade em que estou inserida, ocorrendo o uso da medicação muitas vezes já na metade do primeiro trimestre gestacional, momento em que ocorre o diagnóstico. É indicado o uso contínuo de ácido fólico em mulheres com histórico de gestações prévias com fetos apresentando defeito no tubo neural que ainda desejam engravidar [grau de recomendação A].¹⁵

Outras medidas de prevenção e promoção de saúde que realizamos na atenção pré-natal são as vacinas no período gestacional. Em minha unidade lançamos mão de checklist para não esquecer de nenhuma medida. A vacina da dTpa é indicada para diminuir a incidência e a mortalidade por coqueluche nos recém nascidos uma vez que oferece proteção vacinal indireta nos primeiros meses de vida através da passagem de anticorpos maternos por via transplacentária, sendo sua aplicação deve indicada entre 27 e 36 semanas de gestação.¹⁵ Já a vacina da Influenza é indicada a qualquer momento da gestação devido às complicações da doença neste período, e a sua aplicação não evidenciar efeitos adversos ao feto [Grau de recomendação B] .¹⁵ Além disto, sempre verificamos a imunização para hepatite B. Caso a gestante não seja imune , está indicado a vacina após o primeiro trimestre de gestação,¹¹ esta medida reduz potencialmente a transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70% a 90%) quando ocorre a contaminação em idade precoce.¹⁷

Faz parte da consulta realizar uma boa anamnese da historia pessoal e familiar , pesquisa de sintomas relacionados à gravidez, identificação precoce de gestante de alto risco para encaminhamento ao serviço de referencia, exame fisico, solicitação de exames complementares. Nos exames complementares sempre fico atenta ao rastreamento da toxoplasmose verificando se houve contato prévio ou atual.¹⁵ Nos casos de infecção aguda a gestante é encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco para ser realizado prevenção de transmissão ao vertical, e nos casos de nunca ter ocorrido contato, orientamos repetidamente sobre medidas preventivas primárias como o cuidado com gatos, mante-los dentro do domicilio, higienizados, não alimenta-los com vísceras ou alimentos crus, evitar comer carne crua ou mal passada na gestação , usar luvas para mexer na terra, lavar bem os vegetais.¹⁸

4 VISITA DOMICILIAR

As visitas domiciliares em minha unidade de saúde são muito valorizadas, temos turnos reservados semanalmente para este fim . Nos organizamos para todas as quartas-feiras pela manhã fazermos as visitas, sempre acompanhada do agente de saúde que conhece bem o território e a composição familiar. Agendamos as visitas a partir das 9h pois a equipe tem como experiência prévia de que visitas antes deste horário não ser bem aceita pelo usuário. Infelizmente nossa unidade está há alguns anos com algumas áreas sem ação de seus ACS devido licença saúde, ficando regiões carentes de visita rotineira do agente. Porém a visita médica ou da enfermagem continua ocorrendo normalmente, e, nestes casos, somos acompanhados por agentes da equipe apesar de não serem de suas respectivas áreas. Em muitas visitas sou acompanhada por outros profissionais da unidade , como técnico de enfermagem para ajudar com curativos, enfermeira para auxílio de casos complexos. Acompanhei certa vez a assistente social em um caso de paciente mantida pelo filho em cárcere privado sendo muito resolutivo. Realizei, visitas acompanhada da residente psicóloga nos casos de pacientes terminais para auxiliar os familiares neste momento delicado, ou em casos de pacientes psiquiátricos ou usuários de álcool e drogas. Atuei também em visitas acompanhada da residente fisioterapeuta para acamados ou em um caso específico de Doença de Parkinson em paciente jovem em estado avançado da doença.

Nosso objetivo com as visitas domiciliares é múltiplo, varia de caso a caso. Visitamos pacientes sem condições de locomoção até a unidade devido alguma deficiência física, visuais, acamados, portadores de úlceras de membros inferiores entre outros, com objetivando conhecer a realidade em que vivem , orientar quanto ao auto-cuidado no domicílio, prevenção de acidentes, consulta de rotina que não pode ser realizada na unidade devido estas incapacidades de locomoção. Visitamos frequentemente pacientes psiquiátricos em seus domicílios pois não raramente este perfil de paciente não acessa a unidade por não aceitar sua patologia ou não aceitar o tratamento. Na visita consigo iniciar uma relação médico paciente com maior confiança do usuário para realizar seu tratamento e manter seguimento na unidade, além de conhecer o ambiente que está inserido. Durante as visi-

tas podemos conhecer melhor um pouco de cada indivíduo do domicílio pois isto interfere diretamente nas ações do paciente em foco. As visitas para pacientes em casos terminais geralmente são aquelas que ocorrem com maior frequência devido fragilidade do caso. Nestas situações auxiliamos em toda rotina de cuidado como alimentação por sondas, banho no leito, higiene oral, rotina de administração de medicações, prevenção de ulcera de pressão , e, principalmente, apoio emocional. Por estes motivos uma equipe multidisciplinar como relatado anteriormente é tão importante, pois cada paciente é único e complexo com necessidade de ser visto amplamente.

Muitas vezes ao realizar a visita domiciliar podemos entender também um pouco mais da situação social daqueles que moram no mesmo domicílio porém não trazem nenhuma queixa específica. Um exemplo disto foi quando estava realizando o grupo de tabagismo e uma das participantes (chamarei pela sigla S.D.N) estava com dificuldade maior que os outros para parar de fumar, frequentemente faltava ao grupo. Em meio a isto realizei visita domiciliar na casa desta paciente por solicitação da agente de saúde que referia que o filho de S.D.N. de 18 anos de idade não saía de casa, ficava horas e horas no quarto e agora que havia sido chamado para prestar serviços ao exercito estava dizendo que não precisava mais viver. Nesta visita consegui fazer o genograma (ANEXO IV) e entender o perfil de cada componente da família, além de me aprofundar na problemática do filho, fui capaz de entender o contexto familiar da paciente e o motivo que estava tão difícil deixar de fumar. Na visita fui acompanhada da psicóloga residente da unidade. Se tratava de um adolescente (A.S.D.N.) com sinais de esquizofrenia simples , um pai que passou por período de desemprego com novo emprego recente de guarda noturno, se mostrava intolerante quanto as ações dos filhos e da esposa. Havia ainda historia de outros dois filhos que não moram junto, onde o mais velho após sofrer pressão do pai para trabalhar saiu de casa, envolveu-se com drogas e atualmente encontrou apoio na religião, e uma filha com relacionamento homoafetivo sem aceitação paterna e aceitação parcial da mãe. A paciente, S.D.N., se via pressionada pelo marido fumante a não parar de fumar, e, apesar do apoio do filho, cada situação em que filho se recusava a sair de casa sentia maior necessidade de fumar como forma de diminuir sua ansiedade e tensão. O seguimento do caso do filho foi realizado com matriciamento junto à Psiquiatra do NASF. A paciente, apesar do auxilio de

bupropiona e adesivo de nicotina , não conseguiu parar de fumar mas conseguiu reduzir a carga tabágica.

No Brasil, desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80, tem-se apresentado uma proposta de mudança de modelo de atenção básica através da implementação da Estratégia de Saúde da Família, sendo esta oficializada pelo Ministério da Saúde em 1994.¹⁹ Deste modo emerge o conceito de desenvolver ações em famílias associada ao seu ambiente e com vistas de atuar na prevenção, cura e reabilitação, com ponto central o vínculo médico-paciente.¹⁹ Nesta conjuntura , a visita domiciliar é vista como importante tecnologia atuando amplamente nos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.²⁰

Do ponto e vista dos usuários , estudos mostraram sentimentos favoráveis quanto à visita domiciliar porem mostraram queixas quanto à frequência e a duração reduzida.²¹ O usuário vê a visita domiciliar como um cuidado especial e um compromisso do profissional da saúde, estabelecendo forte vinculo entre o paciente, equipe e profissional da saúde.²²

O objetivo central da visita domiciliar é a atenção às famílias e comunidades , sendo percebidas ambas como entidades influenciadas no processo de adoecimento.²⁰ A compreensão do contexto da vida do indivíduo e suas relações familiares gera impacto na forma em que a equipes saúde atuam , beneficiando demarcação de conceitos e deste modo o planejamento de ação tendo em vista o modo de vida e recursos de cada família.²³

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Em maio de 2016 tive oportunidade de ingressar no 10º ciclo do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica - PROVAB , onde estou atuando há cerca de 1 ano na ESF Esmeralda, Porto Alegre. Associado à isto, em junho de 2016 iniciei o curso de especialização em saúde da família provido pela rede UNA-SUS/ UFCSPA, onde tive a oportunidade de conhecer e aprofundar meus conceitos a respeito de saúde coletiva e casos clínicos complexos simulando o que ocorre em minha prática diária.

Dediquei-me estes 11 meses totalmente à atenção básica, seja na prática em minha ESF, estudos de cada caso após o período de trabalho, ou através do curso de especialização. Penso que o curso foi primordial para o completo e aprofundado conhecimento das atividades realizadas da unidade. Neste, aprendi sobre a história do SUS, sistema de informatização e prontuários, construir genogramas, usar ferramentas para contribuir no processo de territorialização , realizar atividades em grupo, entre outros. Além disso, os estudos de casos complexos foram elementares para aprender a lidar com múltiplos problemas em um mesmo indivíduo , uma vez que na literatura em geral encontramos as patologias separadamente , sem família, sem contexto social, e , nos casos complexos, podemos aprender de modo muito semelhante à nossa realidade. Nos fóruns foi possível dividir experiências com os colegas de outras unidades de Porto Alegre e de outras cidades do Rio Grande do Sul, oportunizando conhecer as peculiaridades de cada região.

Busquei realizar todas as atividades propostas no prazo estipulado tentando absorver ao máximo todos os conhecimentos oferecidos pela plataforma, apesar de ter preferência pessoal por curso presencial. Realizei projeto de intervenção com foco no tabagismo e, felizmente, consegui colocá-lo em prática na minha unidade, podendo contribuir para o aprimoramento da atenção ao tabagista.

Diversas vezes fiz uso da plataforma para pesquisa de dados, conceitos e condutas em minha prática na unidade, consegui perceber um crescimento individual a cada atividade cumprida e também me vi com uma nova visão de saúde. Nosso objetivo não é apenas curar, mas também prevenir doenças e promover a

saúde. Após adquirir estes conhecimentos fico satisfeita , no entanto , me questiono quanto ao tratamento oferecidos antes desta nova visão , quantos pacientes tive a oportunidade de promover saúde e prevenir doenças e não o fiz , pois eu possuía uma visão simplificada e curativa.

Com o curso de especialização fui capaz também de organizar melhor meus horários na unidade, planejar minha agenda para que tivesse o máximo aproveitamento. Conheci a importância de manter um prontuário organizado e completo.

Faço uma reflexão sobre meu trabalho e aprendizagem neste período de quase um ano, e percebo uma grande evolução, com muitos resultados positivos. Aprimorei minhas condutas medicas , aprendi a trabalhar em equipe , valorizei a atenção multidisciplinar , o atendimento centrado na pessoa e não na doença. Tenho certeza de que pude contribuir para um maior beneficio dos usuários da ESF Esmeralda.

6 REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - PACS: Programas de agentes comunitários e saúde da família : PACS/PSF. 1997. 14 p.
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Saúde e sociedade: Atenção Básica em Saúde/Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2014. 25f. : il.
3. PINTO, Márcia Teixeira; PICHON-RIVIERE, Andres; BARDACH, Ariel. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 31, n. 6, p.1283-1297, jun. 2015.
4. PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo), [s.l.], v. 32, n. 5, p.267-275, out. 2005.
5. SANTOS IS, Barros AJD, Matijasevich A, Tomasi E, Medeiros RS, Domingues MR, Bertoldi AD, Barros FC, Victora CG. Mothers and their pregnancies: a comparison of three population-based cohorts in Southern Brazil. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):381-9.
6. ERIKSEN M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. Fourth Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society, New York, NY: World Lung Foundation; 2012.
7. NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION OFFICE ON SMOKING AND H. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
8. NICOLETTI, Dilvania et al. Maternal smoking during pregnancy and birth defects in children: a systematic review with meta-analysis. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 30, n. 12, p.2491-2529, dez. 2014.
9. RIBEIRO VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Batista RLF, Barbieri MA, Lamy Filho F, Alves MTSSB, Bettiol H, Santos AM. Do socioeconomic factors explain why maternal smoking during pregnancy is more frequent in a more developed city of Brazil? Braz J Med Biol Res. 2007; 40: 1203-10.

10. KAPUR B, Hackman R, Selby P, Klein J, Koren G. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Curr Ther Res Clin Exp* 2001;62:274-8.
11. WISBORG K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96:967-71.
12. POLLAK KI, Oncken CA, Lipkus IM, Lyna P, Swamy GK, Pletsch PK, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med* 2007;33:297-305.
13. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ans, 2009. 273 p.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.
15. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Protocolo de Assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre, 2015. 63 p.
16. MEZZOMO, Cíntia Leal Scowitz et al. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 23, n. 11, p.2716-2726, nov. 2007.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 3ª edição, 2006. p. 92.
18. LOPES-MORI, Fabiana Maria Ruiz et al. Programas de controle da toxoplasmose congênita. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s.l.], v. 57, n. 5, p.594-599, set. 2011.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde (MS); 2007
20. SAKATA NK, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enf 2007; 60(6):659-664.
21. SOUZA CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Rev da UFG 2004; 6(nº especial).
22. JOYCE, C.; Piterman, L. Trends in GP home visits. Austr. Fam. Physician, v.37, n.12, p.1039-42, 2008.
23. TAKAHASHI RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA

A: Grandes ensaios clínicos randomizados e metas-análise

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados

C: Relatos e séries de casos clínicos

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas

ANEXOS

ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Juliana Rocha Benedetti

Controle do tabagismo: abordagem na Atenção Básica

**Porto Alegre
Agosto/2016**

Resumo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Esmeralda situa-se na periferia de Porto Alegre, capital brasileira com maior número de tabagistas, no entanto não possui nenhum programa de atenção para o controle do tabagismo na unidade. O tabaco é a principal causa de morte prevenível no mundo e 15% do total de mortes em países em desenvolvimento são causadas pelo tabaco. Sabe-se que 70% dos tabagistas tem desejo de parar de fumar, porém menos de 10% conseguem sem auxílio. Em vista disto este projeto de intervenção foi realizado com objetivo de orientar a atenção ao paciente tabagista de modo que revista as possíveis abordagens ao usuário que utiliza tabaco, busca retomar atividade em grupo com 4 sessões semanais, 2 sessões quinzenais e grupo de manutenção mensal, além de promoção de educação permanente com todos profissionais da unidade a respeito de como acolher o tabagista. Deste modo espera-se melhorar a saúde e qualidade de vida, diminuindo prevalência de tabagistas na capital do Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: Tabagismo. Programa nacional de controle do tabagismo. Atenção básica.

Sumário

1 Introdução	25
2 Problema	27
3 Justificativa	28
4 Objetivos	29
4.1 <i>Objetivo geral</i>	29
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	29
5 Revisão de Literatura	30
6 Metodologia	33
7 Cronograma	36
8 Recursos necessários	37
9 Resultados esperados	38
10 Referências bibliográficas	39

1. Introdução

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública.¹ Estima-se que existam mais de um bilhão e meio de fumantes em todo o mundo, devendo chegar a dois bilhões em 2030.² A prevalência varia consideravelmente entre os países, destacando-se um aumento expressivo na maioria dos países em desenvolvimento.³ O Brasil é uma das poucas exceções, pois vem apresentando nas últimas décadas queda na prevalência do consumo do tabaco, assim como os países desenvolvidos.³

No ano de 1989, 31,7% dos brasileiros maiores de 18 anos eram tabagistas,⁴ nos anos de 2002-2003, uma pesquisa com maiores de 15 anos apresentou prevalência de 19% da população.⁵ Em 2008 manteve diminuição para 17,2% em maiores de 15 anos (21,6% do sexo masculino e 13,1% do sexo feminino).⁶ Em 2013, duas pesquisas com diferentes metodologias, encontraram a prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais mantendo-se em queda: uma apresentou 11,3%, sendo 14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino, e a outra 14,7%, sendo 18,9% do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino.⁷

Das capitais brasileiras, Porto Alegre é a que apresenta maior percentual de adultos fumantes, conforme estimativa VIGITEL 2014 ⁸ (18% para homens e 15% para mulheres) sendo que a média das 26 capitais e distrito federal é 10,8% em 2014 (12,8 para homens e 9,0 para mulheres) ⁸.

A prevalência do tabagismo é acentuadamente maior no sexo masculino, na raça/cor preta, na região rural ; é mais expressiva entre os de menor grau de instrução e é inversamente proporcional à renda.^{5,6,7} Estudos demonstraram que baixa renda, ocupação em atividades com menor qualificação e restrita escolaridade são fatores preditos de falhas na tentativa de abandono do tabagismo e de maior quantidade de cigarros fumados ao dia.^{9,10}

A unidade que estou inserida, Estratégia de Saúde da Família (ESF) Esmeralda, situada no bairro Agronomia , periferia de Porto Alegre, Gerencia Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro é formada por 2 equipes com 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários da saúde (ACS) em cada equipe. A unidade conta com auxílio do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) I

, 2 residentes de enfermagem, 1 residente de psicologia e 1 residente de fisioterapia. Atualmente alguns profissionais estão em licença saúde, estando a unidade atuando com apenas 1 médico e 1 enfermeiro, e na ausência de 3 ACS .

A região é composta de ruas asfaltadas, estrada de chão, avenidas, vielas , ladeiras , além disto abrange uma área de ocupação com 700 pessoas, uma área indígena com 2 famílias, totalizando uma população 4.846 pessoas, de acordo com os dados do IBGE 2010.¹¹ Porém, sabe-se que estes dados são subestimados , visto que nos últimos anos a área cresceu acentuadamente em número de residências e de moradores, estima-se população atual seja de 8.064 pessoas. A característica da população é adulto jovem, a grande maioria declaram-se brancos (71,6%), alfabetizados (95,4%) , recebem menos de 1 salário mínimo (57,3%). Área com coleta de lixo, abastecimento de água e luz maior que 99%, porém cobertura do serviço de esgoto 73,9%.

Pode-se constatar que a população onde minha unidade está inserida é composta por muitos fatores de risco para o uso do tabaco, situada na capital brasileira de maior consumo, zona de população de baixa renda, periferia, predominantemente adulto jovem. Conforme o esperado, a incidência de tabagistas é alta e muitos já sofrem as consequências do tabaco, como doenças respiratórias e cardiovasculares. A procura da unidade por ajuda na cessão do tabagismo é acentuada, porem, devido falta de recurso humano e troca de profissionais da saúde, esta atividade está ha algum tempo desamparada na unidade. Previamente já foi iniciado terapia cognitiva comportamental com grupos, porem houve uma carência na continuidade do acompanhamento.

2. Problema

A negligência com o paciente tabagista devido incapacidade de oferecer o suporte necessário para cessar o uso do cigarro. Isto se deve à inexperiência e, principalmente, ao número reduzido de profissionais da unidade em que atuo.

3. Justificativa

O consumo do tabaco é a principal causa de morbimortalidade prevenível no mundo.¹² A implementação do programa de controle do tabagismo, incluindo capacitação profissional e a aquisição de medicamentos é menos oneroso do que o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco.^{13,14} O custo-benefício da intervenção no uso do cigarro é superior inclusive aos tratamentos direcionados para hipertensão arterial leve e moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio.¹²

Comprovadamente, o sucesso na cessação do tabagismo é diretamente proporcional à ao tempo de aconselhamento que lhe é dedicado em sua abordagem.¹² Apesar disto, dados recentes demonstram que uma minoria dos tabagistas que tentam parar de fumar recebe aconselhamento de um profissional de saúde, e uma parte menor ainda recebe um acompanhamento adequado para este fim.⁵

Desde modo, é essencial que a Atenção Primária (AP) esteja preparada para acolher a todos tabagistas de sua área, atuando na promoção de saúde e prevenção de doenças. Para tanto, é necessário que os profissionais da saúde tenham o conhecimento das diversas abordagens de tratamento.

4. Objetivos

Objetivo geral

Qualificar a atenção aos tabagistas da ESF ESMERALDA

Objetivo específico

Revisar possíveis abordagens no tratamento do tabagismo

Retomar atividade em grupo para cessar tabagismo, mantendo encontros a longo prazo

Promover educação continuada na abordagem ao tabagismo com todos profissionais da unidade

5. Revisão de Literatura

A principal causa de morte evitável no mundo , segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o tabagismo.² Os estudos apontam que cerca de 15% do total de mortes em países em desenvolvimento são causadas pelo consumo do cigarro, visto que o fumo está diretamente relacionado com mais de 50 doenças diferentes, como as cardiovasculares, respiratórias e câncer , além de qualquer intensidade de consumo ser prejudicial à saúde.² A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico contabilizam que por volta de cinco milhões de pessoas morram ao ano em decorrência do consumo de tabaco,¹⁵ no Brasil, são 200 mil mortes por ano. ¹⁶

Em resposta à epidemia do tabagismo diversas políticas para o seu controle vêm sendo implantadas mundialmente, com destaque a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) , o primeiro tratado internacional em saúde pública da história.¹⁷ Foi ratificado pelo Brasil em 2005 ganhando status de política de Estado, o mesmo aponta medidas relacionadas à redução da demanda e da oferta do tabaco, à proteção ambiental e à elaboração de leis a respeito da responsabilidade penal e civil da indústria tabagista, além de apontar medidas referentes à cooperação científica e técnica e ao intercâmbio de informações entre países.¹⁷

Nacionalmente, vemos uma mudança frente à isto com a Lei Nº 9.294, modificada pelo Artigo 49 da Lei 12546/2011, regulamentada pelo Decreto 8262/2014 onde proíbe totalmente a publicidade, a promoção e o patrocínio de produtos do tabaco.¹⁸

No cigarro são encontradas mais de 4.700 diferentes substâncias, entre elas o alcatrão , níquel e chumbo, responsáveis cancerígenos, e a nicotina, responsável pela dependência .¹⁵ A dependência ao cigarro ocorre de forma complexa, pois além da nicotina atuando sobre o sistema límbico, liberando sensação de prazer e recompensa,¹⁵ existe a dependência relacionada ao ato em si de fumar, como as contingências e gestuais.¹⁹

O diagnóstico de dependência do tabaco pode ser rapidamente realizado por um profissional de saúde treinado que aborde dois questionamentos: qual o consumo diário de tabaco e se o fumante acredita ter problemas associados a esse consumo.²⁰ Esta abordagem na atenção primária objetiva não só o diagnóstico, mas também o aconselhamento a cessar o uso e estímulo àqueles que não fumam não comecem.²⁰

Questionários, testes, escalas são criados para auxiliar no diagnóstico e avaliar a gravidade com consumo, fornecendo base para definição do modo de tratamento mais adequado ao paciente.²⁰ Deste modo, o teste de dependência à nicotina de Fagerström é o mais utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação do grau de dependência física nicotínica do tabagista, é constituído por seis questões com respostas múltiplas com pontuação das respostas oscila entre 0 e 10 pontos, sendo a pontuação total de 0 a 3 pontos classifica-se o grau de dependência baixo, 4 a 6 pontos o grau é moderado e 7 a 10 dependência severa.²¹

Os dados evidenciam que mais de 70% dos tabagistas tem o desejo de parar de fumar, contudo, menos de 10% têm êxito sem ajuda médica.²² Isto ocorre em função da síndrome de abstinência à nicotina, sendo as recaídas frequente entre dois e três dias de abstinência.²²

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) produziu o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer, e com a parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e Educação coordenam o programa nas unidades de saúde, oferecendo capacitação aos profissionais para desenvolvê-lo.²³ A abordagem cognitivo-comportamental é o tratamento não farmacológico de maior eficácia, a qual objetiva a mudança no estilo de vida do paciente além de atuar sob as crenças e comportamentos relacionados ao hábito de fumar, levando o indivíduo a ser um agente de mudança de seu próprio comportamento.^{24,25}

Autores destacam que para o sucesso de um programa para cessar tabagismo é primordial o forte desejo de parar de fumar, exemplificada por programa realizado com 33 pessoas espontaneamente inscritas onde apenas 4 permaneceram até o final do programa.²⁶ Apontam ainda, que o profissional não deve ser afetado por

isto, visto que a medida que o fumante se defronta com a realidade da cessão do hábito, muitos não se encontram efetivamente motivados.²⁶

6. Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção realizado na ESF ESMERALDA , situada no bairro agronomia de Porto Alegre a respeito da abordagem na atenção básica para o tabagismo.

Inicialmente deve ser realizado o curso de capacitação em tabagismo ofertado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre a fim de revisão de conhecimentos a respeito do mal tabagismo e abordagens terapêutica , assim como recebimento de certificado para poder, a seguir , realizar a abordagem cognitivo comportamental intensiva e ser prescritora da farmacoterapia.

Em um segundo momento , ofertar educação permanente com a equipe a fim de que todo tabagista que o profissional de saúde tenha contato na unidade ou mesmo no domicilio seja iniciada a abordagem para cessação do tabagismo, seja ela mínima ou básica.

Solicitação à farmácia municipal de adesivo transdérmico de nicotina de 21mg, 14 mg e 7 mg e goma de mascar de nicotina.

Solicitação do manual do coordenador do Ministério de Saúde que será utilizado como guia das sessões, assim como solicitação de 16 Manuais do Participante.

Confecção de caderno para listagem daqueles usuário que estejam na terceira fase motivacional para deixar de fumar , a fase de preparação, constando o nome, endereço, telefone, área, micro-área em que reside, agente de saúde. A seleção destes pacientes será conforme lista pre-existente de usuários que desejavam parar de fumar, tabagistas que em consulta demonstrem desejo de parar e pacientes que agentes de saúde tem conhecimento que querem auxilio para parar de fumar. A seguir, contato telefônico aos interessados convidando para realização do grupo de tabagismo nas quinta-feiras as 8h e 30 minutos da manhã. Fechamento da primeira turma ocorre com a confirmação de 15 usuários. Aqueles que não sentirem-se confortáveis em realizar a abordagem e grupo ou não tenham a disponibilidade nas quintas-feiras pela manhã é disponibilizado agendamento para abordagem individual.

A abordagem será feita inicialmente em 4 sessões estruturadas semanais durando em torno de 90 minutos

Primeira sessão: (Médico, Dentista, Agente de Saúde)

Apresentações individuais, apresentação do manual do participante, assinatura de termo de compromisso. Explanação sobre o objetivo da sessão - entender porque se fuma e como isso afeta a saúde. Breve descrição a respeito dos aspectos do tabagismo, prejuízos à saúde, acometimento bucal e estratégias para deixar de fumar. Análise sobre a ambivalência de parar ou continuar fumando. Realização do teste Fagerstrom, com anotação no livro ata os resultados e motivação de cada participante. Estimulo de debates. Atribuição de tarefas para de casa: ler o manual da primeira sessão e escolher data para parar de fumar.

Após a sessão, revisão dos prontuários para observar contraindicações a farmacoterapia.

Segunda sessão: (Médico, Residente Fisioterapeuta, Agente de Saúde)

Estimulo a troca de experiências e sobre a semana que se passou. Apresentação do objetivo da sessão- viver os primeiros dias sem o cigarro. Explanação a respeito da síndrome de abstinência, realização de respiração profunda e exercícios para relaxamento, espaço para debates. Anotação no livro ata a data que cada participante escolheu para cessar o tabaco e método escolhido, gradual ou abrupto, redução ou adiamento. De acordo com o grau de dependência de cada usuário fornecimento dos adesivos transdérmicos de nicotina com explanação sobre seu uso e fornecimento de receita de Bupropiona, à ser retirada na farmácia distrital, respeitando a indicação do uso e contra-indicações. Indicação de quatro procedimentos práticos para ajudar a lidar com o desejo de fumar (beber água, ingerir alimentos com pouca caloria, fazer exercício físico, respirar profundamente). Atribuição de tarefas para casa: ler o manual da segunda sessão e parar de fumar conforme o planejado.

Terceira sessão: (Médico, Residente Psicólogo, Agente de Saúde)

Estimulo a troca de experiências e sobre a semana que se passou. Apresentação do objetivo da sessão- como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar. Questionamento sobre as mudanças físicas que já notaram ao parar de fumar. Abor-

dagem a respeito do ganho de peso e do consumo de álcool. Estimulação a discutam sobre o abandono do tabaco com pessoas que os apoiem. Espaço para discussão. Atribuição de tarefas para casa: ler o manual da terceira sessão e lembrar os quatro procedimentos práticos .

Quarta sessão: (Médico, Residente Enfermeiro, Agente de Saúde)

Estimulo a troca de experiências e sobre a semana que se passou. Apresentação do objetivo da sessão- benefícios obtidos após parar de fumar. Construção conjunta dos benefícios diretos e indiretos de parar de fumar. Explicação a respeito das armadilhas evitáveis para permanecer se cigarro. Encorajamento aos que não pararam de fumar continuar tentando , convite aos que pararam de fumar a participar das sessões de manutenção. Atribuição de tarefas para casa: ler o manual da quarta sessão (e reler freqüentemente) , lembrar os exercícios de relaxamento.

A seguir das sessões estruturadas serão realizadas 2 sessões quinzenais de **manutenção**, durando cerca de 60 minutos com os mesmos participantes das 4 primeiras sessões , porém somente os que conseguiram parar de fumar. Após este período será mantido sessões mensais de manutenção com 30 minutos de duração, coordenadas pelo médico ou enfermeiro. Estas sessões são ofertadas para grupo aberto onde conforme vão terminando as 4 sessões de outras turmas devem todos que conseguiram parar de fumar reunirem-se no encontro mensal. Os encontros de manutenção tem por objetivo retomar o conhecimento adquirido nas 4 sessões iniciais para manterem-se estimulados e não ter recaídas , além de ser um espaço aberto a troca de experiências.

7. Cronograma

AÇÕES	RESPONSÁVEIS	Nov / 2016	Dez/ 2016	Jan/ 2017	Fev / 2017	Mar / 2017	Abr/ 2017	Maio em diante...
Capacitação em tabagismo	Médico	X						
Educação permanente	Todos		X					
Solicitação das medicações e manuais	Médico		X					
Confecção de lista de motivados	Todos		X	X				
Contato telefônico	ACS				X			
Primeira sessão	Médico, 1 ACS e dentista					X		
Segunda sessão	Médico, 1 ACS e Residente Fisioterapeuta					X		
Terceira sessão	Médico, 1 ACS e Residente Psicólogo					X		
Quarta sessão	Médico, 1 ACS e Residente Enfermeiro					X		
Primeira sessão de manutenção	Médico, 1 ACS e Residente Fisioterapeuta						X	
Segunda sessão de manutenção	Médico, 1ACS e Residente Psicólogo						X	
Sessão de manutenção mensal	Médico ou Enfermeiro, 1 ACS e 1 Residente							X

8. Recursos necessários

Recursos Humanos

Equipe de saúde da família dupla, composta por 2 médicos, 2 enfermeiros, 1 dentista, 1 técnico de saúde bucal, 4 técnicos de enfermagem e 8 agentes comunitários da saúde, 2 residentes enfermeiros, 1 residente psicólogo e 1 residente de fisioterapia.

Recursos Materiais

- Material de capacitação tabagismo
- Caderno de atenção básica - Tabagismo
- Caderno para lista de interessados
- Caneta
- Telefone
- Manual do coordenador
- Manuais do Participante
- Computador com acesso e-SUS
- Prontuários
- Impressora
- Folha de ofício
- Sala para realização de educação permanente e grupos
- Equipamento multimídia
- Livro ata
- Água

9. Resultados esperados

Com o processo de implementação da atenção ao paciente tabagista como um todo espera-se que, através da educação permanente ofertada, todos profissionais da unidade estejam aptos para realizar a abordagem mínima ou básica a qualquer contato com usuário que fuma, seja no acolhimento ou na visita domiciliar. Deste modo espera-se que o tabagista evolua gradativamente nas fases motivacionais para deixar de fumar, chegando à fase de preparação, onde o usuário poderá participar de grupos para abordagem intensiva auxiliando efetivamente a parar de fumar. Além disto, com os grupos de manutenção mensais de forma continuada e aberto à todos espera-se que maior numero de pacientes mantenham-se sem recaídas, melhorando a saúde e qualidade de vida da comunidade.

Referências

1. WHO. World Health Organization, 1993. Calibration of Examiners for Oral Health Epidemiology Surveys. Technical Report. Geneva: WHO.
2. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Disponível em <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>
3. GARRETT, B. E., ROSE C. A., HENNINGFIELD, J. E. Tobacco addiction and pharmacological interventions. *Expert Opin Pharmacother*, London, v. 2, n. 10, p. 1545-1555, 2001.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição — PNSN-1989. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília: INAN, 1990.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista Brasil. Brasília-DF 2015 1a ed. 155p
6. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo –PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. 199 p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2014d. 120 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2015. 153 p
9. Soteriades ES, Difranza JR. Parent's socioeconomic status, adolescents' disposable income, and adolescents' smoking status in Massachusetts. *Am J Public Health* 2003; 93: 1155-60.
10. KHANG Y. H. , Cho H. J. Socioeconomic inequality in cigarette smoking: trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea, 1989-2003. *Prev Med* 2006; 42: 415-22.

11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE - <http://censo2010.ibge.gov.br> - consulta realizada em 17 de Agosto de 2016
12. BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Coordenação de Prevenção e vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001
13. FIORE, M. C. et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services, May 2008a.
14. KAHENDE, J. W. et al. A review of economic evaluations of tobacco control programs. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Basel, v. 13, n. 1, p. 51-68, 2009.
15. MANSO, M.E.G.; SILVEIRA, R.S.M.; GODOY, M.C.; LIMA, M. Programa para cessação de tabagismo em uma operadora de planos de saúde - relato de experiência. *RBM*, v.14, p.142-147, 2014a.
16. CARGNIN, Marcia Casaril dos Santos et al . Prevalência e fatores associados ao tabagismo entre fumicultores na região Sul do Brasil. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 68, n. 4, p. 603-608, ago. 2015 .
17. Portes LH, Machado CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(5):370-9.
18. BRASIL. LEI Nº 9.294, DE 15 DE JULHO DE 1996, - http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm - consulta realizada em 20 de outubro de 2016.
19. CHAVES E. C., Oyama S. M. R.. Aconselhamento telefônico para cessação do tabagismo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 29, n.4, p.513-9, 2008.
20. LOPES, A.L.M. Processo de educação em saúde na cessação do tabagismo: Revisão sistemática e metassíntese. Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. 250 pp.
21. FAGERSTROM, K.; SCHNEIDER, N. Measuring nicotine dependence. *Journal of Behavioral Medicine*, New York, n. 12, p.159-82, 1989.

22. LUPPI, C.H.B.; ALVES, M.V.F.F.; SANTOS, A.A. Programa de Cessação ao Tabagismo: Perfil e resultados. Rev. Ciênc. Ext. v.2, n.2, p.1, 2006.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Autor
24. PRESMAN, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. 2005. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. Revista de Psiquiatria Clínica, 32(5), 267-275.
25. SARDINHA, A. Oliva, A.D. D'Augustin, J. Ribeiro, F. Falcone, E.M.O. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Revista Brasileira Terapias Cognitivas. Rio de Janeiro, v.1, n.1, jun. 2005.
26. RAMOS D., Soares T. T., Viegas K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. Ciência e Saúde Coletiva. v.14, p. 1499-1505, 2009.

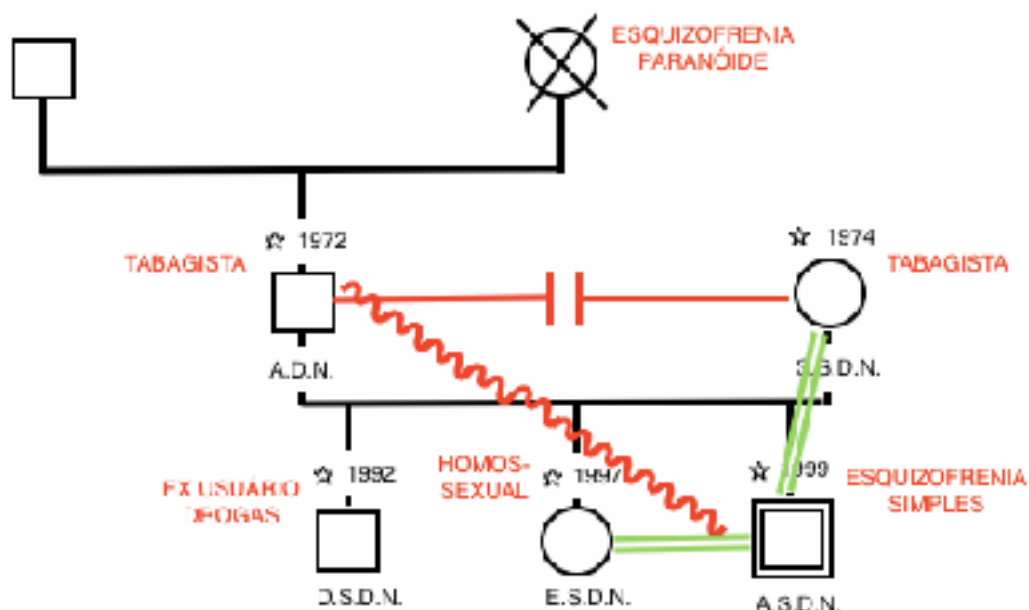
ANEXO II - Casa onde atua ESF ESMERALDA



ANEXO III - Contraste social representado em diferentes padrões de moradia em área adstrita da ESF ESMERALDA



ANEXO IV - Genograma realizado em Visita Domiciliar evidenciando atrito familiar onde o pai não possui bom relacionamento com a mãe e filho. Evidencia história familiar (avó paterna) de mesma patologia em saúde mental. Pode-se notar esposo de S.S.D.N. também tabagista, o que contribui negativamente no processo de parar de fumar.



Fonte: Autor



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde