

## **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.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Néri Edú Urnau Neto**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS PACIENTES TABAGISTAS EM UMA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Porto Alegre, 2017**

**Néri Edú Urnau Neto**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS PACIENTES TABAGISTAS EM UMA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde/Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ana Amélia Nascimento

Porto Alegre, 2017

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Estudo de caso clínico.....	6
2.1 Consulta.....	6
2.2 Consulta de retorno.....	9
2.3 Constipação Funcional na Infância.....	10
2.4 Comentário.....	11
3. Promoção de Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.....	11
4. Visita Domiciliar, Atividade no domicílio.....	15
4.1 Introdução.....	15
4.2 Contextualização.....	16
4.3 Visita Domiciliar, Atividade domiciliar.....	17
5. Reflexão Conclusiva.....	18
6. Anexo 1 – Projeto de Intervenção.....	21

## 1 INTRODUÇÃO

Este portfólio será elaborado por Néri Edú Urnau Neto, médico formado no ano de 2014 pela Universidade de Passo Fundo. Após colar grau, trabalhou frente a serviços de urgência e emergência em cidades da região de Passo Fundo – RS e, posteriormente, ingressou às fileiras do exército para cumprir o serviço obrigatório como médico na cidade de Santo Ângelo – RS. Após estas experiências, foi selecionado para atuar no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), na cidade de Arvorezinha – RS, junto à Unidade Sanitária de Arvorezinha, a qual engloba duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e está temporariamente em reformas. A equipe em que se encontra – ESF 02 – está temporariamente alocada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Leonir Bonumetti Fornari.

O município em que o profissional foi alocado, Arvorezinha, localiza-se na região norte do Rio Grande do Sul, distando cerca de duzentos quilômetros da capital estadual, Porto Alegre. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população do município é de dez mil duzentos e vinte e cinco habitantes, sendo cinco mil e noventa e uma do sexo feminino e cinco mil cento e trinta e quatro do sexo masculino. A população do segmento rural constitui-se de três mil novecentos e cinquenta e duas pessoas, enquanto no meio urbano é de seis mil duzentos e setenta e três habitantes. A faixa etária predominante está compreendida entre os vinte e os trinta e nove anos de idade, com uma tendência ao envelhecimento da população, onde os maiores de sessenta anos já perfazem mil quinhentos e trinta pessoas.

O município conta com uma rede de assistência à saúde distribuída em três equipes de ESF, um hospital de pequeno porte, o Hospital São João, que possui quarenta e dois leitos de internação e atende a casos de baixa complexidade, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, além de dois laboratórios de análises clínicas. O município pertence a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo que os casos que demandam atendimento especializado e/ou de maior complexidade são referenciados para Passo Fundo. Ademais, o município conta com duas creches municipais, um Centro do Idoso, um Centro de Referência de Assistência Social e Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

A Atenção Básica do município conta, como anteriormente citado, com três equipes de Estratégia de Saúde da Família, uma instalada na Unidade Sanitária de Arvorezinha e as outras duas instaladas, provisoriamente, na UBS Leonir Bonumetti Fornari. O médico atuante do PROVAB está alocado na ESF 02. Além das ESF, o município conta com uma rede de apoio composta por equipe de saúde bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e programas criados tanto pela Secretaria Municipal da Saúde, como o “Saúde na Comunidade”, o “Saúde na Escola”, quanto pelas ESF, como o Grupo de Tabagistas e Grupo dos Alcoólatras Anônimos (AA).

A UBS que abriga a ESF 02 provisoriamente dispõe de instalações novas inauguradas em julho do ano de 2016 e conta com duas ESF, sala de vacinas, assistência farmacêutica, sala de coleta de exames e sala de procedimentos.

A Secretaria Municipal da Saúde de Arvorezinha (SMS) teve sua criação no ano de 1997 e realiza o trabalho de gerenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Suas Atribuições principais são o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários do SUS, proporcionando, assim, melhores condições à vida da população.

O município de Arvorezinha tem sua economia centrada na agricultura, sendo o cultivo do fumo e erva-mate as principais fontes de renda da população. Sendo assim, uma grande parte dos atendimentos dá-se devido a doenças do grupo das Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Outro fator que vem ganhando importância com o passar do tempo é o envelhecimento da população do município, o que se traduz por uma transição demográfica e epidemiológica da população, que carrega consigo uma mudança no padrão dos agravos à saúde mais frequentes.

Por conseguinte, uma prevalência aumentada de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), vem sendo observada na população. Outro fator que causa grande impacto direto e indireto na saúde da população é o tabagismo, dado a seus impactos amplamente conhecidos.

Nesse sentido, o tabagismo foi o escolhido a ganhar uma atenção diferenciada no desenvolvimento das atividades durante o ano, sendo a criação de um grupo de tabagistas e familiares uma forma de promover saúde sob os diversos aspectos, desde a prevenção como a promoção de saúde. O Projeto de Intervenção (PI), realizado na ESF 02 ,teve esse propósito e encontra-se em anexo.

## **2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

### **2.1 CONSULTA**

João Vicente, 4 anos, vem à consulta trazido pela mãe, Ana Paula, e pela avó, Margarete. A criança mora com a mãe e o pai, José, que ambos desempregados e jovens (24 e 26 anos, respectivamente). O casal não tem outros filhos. Margarete, a avó, encontra-se em tratamento para depressão, mora na casa ao lado da residência da filha e mantém relação muito próxima ao neto. Vive junto de Volnei, etilista pesado que se encontra afastado do convívio da casa por conta do vício. Margarete tem outros dois filhos, Aline e Romano, frutos de outra relação do passado com o sr. Danilo, este já falecido por complicações de Doença de Alzheimer. A dinâmica da casa de Margarete é conturbada por conta dos problemas de doenças e vícios existentes.

Ao entrar no consultório, Ana Paula logo inicia:

- O João Vicente não consegue fazer cocô, doutor.
- Está certo, mas vamos devagar para podermos entender bem o problema.
- Mas é isso, ele tem problema para fazer cocô, faz tempo que ele é assim, escandecido.

- Ana Paula, vamos com calma, ele tem tido esse problema desde quando, mais ou menos? Ou é um problema recente e ele não tem feito nada há alguns dias?

- Não, doutor, é problema antigo, depois que ele saiu do peito não tem sido fácil, assim que começou com comida normal da casa é uma briga pra ele fazer cocô direito, tem dias que vem só bolinhas, outros que parece que ele tem que fazer muita força pra sair, chega até a chorar.

- Entendo, então isso acontece há quanto tempo, aproximadamente?

- Tipo uns dois anos e meio, quase três, doutor...

Nesse momento, dona Margarete interrompe a consulta.

- Doutor, é só dar um remédio pra ele ir no banheiro direito e pronto!

- Calma, dona Margarete, antes preciso de mais informações. Esses casos são comuns mas precisamos de todas as informações possíveis, mas me contem, isso piorou de algum tempo pra cá? Tem dias em que vem diarreia, ou até mesmo sangue? Quando ele vai aos pés fica apenas saindo essas bolinhas que vocês falaram?

- Não, ele está assim nesse tempo que lhe comentei. Diarreia ele não tem tido, teve uma infecção de intestino há uns seis meses, doutor, mas já passou. Outra coisa que acontece é que ele não vai muito ao banheiro porque não gosta, tem que fazer muita força e eu acho que dói bastante. – Ana Paula completa.

- Perfeito, outra situação que é bem importante, como é a alimentação dele? Digo, ele come frutas, verduras, bebe água?

Nesse momento, Ana Paula olha para a mãe e diz:

- Doutor, como nós moramos próximos, a comida quem cuida é minha mãe, ela faz para minha casa e para a dela, não temos esse costume de comer verdura e fruta, por mais que a gente tenha bastante variedade de alimentos plantados. No caso do João Vicente, é pior ainda, como ele não come muito bem, acaba que a mãe dá pra ele muita porcaria, bolachinha recheada...essas coisas, sabe?

- Mas ele não come nada, doutor! Como que vou deixar o guri assim? – exclama dona Margarete.

- Calma, dona Margarete, entendo a senhora, nós ficamos ansiosos de não ver as crianças comer, é claro. Mas isso não justifica dar a ela alimentos que não são saudáveis, que muitas vezes contribuem para estragar os dentes e que, nesse caso, podem fazer com que o João Vicente fique com o intestino mais preso, mais preguiçoso.

- Mas o senhor acha que é isso que acontece com ele?

- Desconfio que sim. Vamos de novo, alimentação com pouca ou nenhuma verdura e fruta, alimentos mais industrializados, bastante doce...Mas me contem, e líquidos, o que ele ingere?

- Refrigerante, muito refrigerante. Sucos também, mas não gosta de água, não.



- Bom, acho que a gente já teve uma boa ideia do que acontece com o João Vicente, acredito que a alimentação dele tem a ver com o problema que vocês estão me contando, deixe-me examiná-lo agora, vamos passar aqui, cara?

Ao exame, a criança apresentava mucosas hidratadas e coradas. Ausculta cardiorrespiratória sem alterações. Exame abdominal revelava abdome plano, tenso, indolor à palpação, com percussão revelando área de macicez em fossa ilíaca esquerda, restante timpânico. A criança mantinha-se logo abaixo do escore  $z=0$  em relação ao peso e à altura. O exame físico incluiu exame anorretal sob supervisão da mãe e avó. À ectoscopia, visualizava-se discreta linha de fissura no ânus. O toque retal mostrou fezes na ampola.

- O exame do João Vicente nos deixa mais tranquilo quanto ao problema dele. De fato, me parece que o que está acontecendo tem a ver com a alimentação, que não tem contribuído para que ele faça suas necessidades normalmente. Nós chamamos o que ele apresenta de Constipação Intestinal do tipo funcional, que apresenta diversas causas. A alimentação está muito frequentemente associada a essa problema, o que me parece ser o caso. A medicação que foi sugerida para ele “ir no banheiro” vai ser feita, mas isso não é de longe o mais importante, o que precisamos é que todos vocês, repito, todos vocês, mudem a alimentação para um padrão mais saudável, de modo que o João Vicente não estranhe a comida, uma vez que todos vocês estarão comendo o mesmo. Outra situação, ele consegue sentar no vaso direito?

- Temos que ficar segurando porque ele é pequeno, doutor.

- Isso é outra situação que devemos nos preocupar, porque ele não tem confiança de ir ao banheiro, acha que vai cair sempre. Existem alguns assentos de vaso adaptados para a criança menor, e também seria interessante ele ter um apoio para os pezinhos, esse pode ser feito como um banquinho, só para ele apoiar os pés, certo?

- Isso podemos dar um jeito, o banquinho pode ser feito pelo meu sogro, já esse assento, não sei não, mas se for pelo melhor dele a gente consegue.

- Nossa doutor, vai ser muito difícil, acha que vai dar certo? – dona Margarete indaga.

- Acredito que sim, se todos nós nos esforçarmos para que dê certo. Bom, então vai ficar o seguinte, com relação à medicação, usaremos o óleo mineral, 2 mL/kg de 12/12h, vai ser de manhã e à noite, mas cuidem para dar essa medicação com ele sentadinho para que não tenha perigo de fazer ele se engasgar. Comecem duas vezes ao dia, e, depois que normalizar o intestino dele, podem dar uma vez ao dia. Quanto à alimentação, frutas e verduras tem de ser oferecidas e encorajadas, nada de alimento industrializado, como bolachinhas e coisas do tipo, certo? Com relação aos líquidos, refrigerante a partir de hoje nem pensar, sai o “refri” entra a água e sucos naturais, afinal, vocês mesmo disseram que tem variedade de frutas e verduras, não é mesmo?

- Sim doutor, podemos fazer sucos de laranja e limão, temos alface e outras verduras no terreno.

- Perfeito! Além de tudo isso, vamos providenciar a adaptação do vaso sanitário para ele. Mais uma coisa, prometo ser a última, anotem num caderninho o progresso dele quanto às evacuações, quinze dias está ótimo, e, no fim desse período, retornem aqui para vermos o progresso, certo?

Certo, doutor! Faremos tudo o que foi dito, mas já aviso que não vai ser fácil.

## **2.2 CONSULTA DE RETORNO**

Ao final dos quinze dias, como combinado, João Vicente e a mãe retornam para consulta.

- E então, meus amigos, como passamos nessas duas semanas?

- Doutor, o João Vicente está conseguindo fazer cocô! No começo foi tudo muito difícil, porque não era só o remédio, tinha a comida também. Parece que aos poucos ele vai aceitando e experimentando as comidas diferentes. Conseguimos o assento só em Soledade, compramos um com uns bichinhos porque foi o que ele gostou, o banquinho foi feito pelo meu sogro e ele não fica com as perninhas soltas mais. Depois de alguns dias ele fez um “cocoção” e depois começou a vir mais seguido. Estamos dando o óleo uma vez ao dia e está indo bem, pelo jeito.

- Ótimo, e quanto às anotações, fizeram?

- Isso não fizemos não, doutor, era tanta coisa...

- Sem problemas, o importante é o ritmo do intestino do João Vicente estar melhor, vamos passar de novo examinar.

O exame físico foi realizado novamente, com melhora das alterações antes vistas.

- Bom, esse moço está muito bem, mas precisamos manter tudo o que tem sido feito, ou corremos o risco de perdermos todo esse trabalho. Acredito que todos nos saímos bem com o que mudamos, tanto ele, quanto vocês, não é mesmo?

- Verdade, doutor, daqui a gente não volta mais para trás, não.

### **2.3 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL NA INFÂNCIA**

Constitui-se em problema muito prevalente na população pediátrica. A constipação intestinal durante a infância pode estar presente em quase 10% das crianças. Essa afecção dá-se em decorrência de um ciclo vicioso entre impactação e acúmulo de fezes, associados a evacuações dolorosas e desconforto ao evacuar, o que pode gerar atitude de retenção fecal cursando com situações de escape, com outros agravantes, como repreensão por parte dos pais a tais situações, fato que tende a retroalimentar esse ciclo, agravando o caso.

A constipação pode ser classificada de duas diferentes formas: orgânica e funcional. A primeira forma engloba afecções conhecidas, como doença de Hirschprung, meningomielocele, atresia anal, uso de medicações, entre outros fatores. A segunda forma é a mais prevalente, respondendo por mais de 90% dos casos, não possuindo etiologia identificada.

O tempo de ocorrência dos sintomas pode fazer com que se classifique a constipação entre aguda e crônica, porém não se tem um consenso quanto ao ponto de corte temporal. A forma crônica dá-se por uma associação de retenção fecal, fezes ressecadas entre outros fatores que culminam em formação de fezes calibrosas de difícil expulsão e tendência à lentificação da motilidade colônica.

As manifestações clínicas ocorrem e se perpetuam pela passagem de fezes ressecadas e por vezes em cíbalos, associadas à tendência de retenção fecal pela criança. A retenção acaba por ocasionar a perda de urgência à evacuação, no momento em que as fezes acomodam-se no reto. Tal fato contribui para o maior

ressecamento e acúmulo de fezes. As manifestações mais comuns incluem escape fecal, dor abdominal, massa abdominal palpável. Podem haver alterações anais associadas, como fissuras, impactação fecal ao toque retal e, em alguns casos, prolapso retal.

O diagnóstico é clínico, com anamnese e exame físico cuidadosos essenciais. O tratamento inclui quatro fases, a saber: educação, desimpatação, prevenção da reacumulação e condicionamento para hábitos intestinais corretos. A abordagem deve ser o mais abrangente possível, com o emprego de diferentes condutas terapêuticas e comportamentais.

## **2.4 COMENTÁRIO**

Durante as atividades, o profissional deparou-se com diferentes situações desafiadoras como a do presente caso, onde a abordagem familiar tinha tanta importância quanto a abordagem da doença em si.

O caso exemplificado foi escolhido pois faz um apanhado geral de diversas situações extremamente importantes quando se fala em Atenção Básica em Saúde: tema prevalente e impactante nas dinâmicas familiares, necessidade de elaboração de plano terapêutico que englobe não só o paciente, mas também que não deixe de olhar para o contexto em que ele se insere, além da importância do diálogo aberto, explicando as situações de saúde com exemplos, apontamentos e ponderações.

Sem sombra de dúvida, o caso ilustra uma característica que se adquiriu durante o curso: a certeza de que uma relação médico-paciente aliada ao atendimento integral às pessoas e às famílias traz um resultado positivo no processo saúde-doença.

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

Tendo em vista a importância das políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças na prática médica atual, diversos temas merecem destaque atualmente. Dentro dos diversos temas a serem analisados, o uso racional de uma classe de medicamentos merece atenção especial: a dos opióides.

Durante as atividades do PROVAB, o profissional pode presenciar a situação do uso indevido de opióides por alguns pacientes. Situações como o manejo inadequado

de condições subjacentes ao tratamento da dor propriamente dita, sem a devida atenção a práticas de reabilitação, como no caso de um paciente com histórico de cirurgia ortopédica de uma fratura de colo de fêmur e no caso de outro paciente em pós operatório tardio de cirurgia de herniorrafia inguinal, cujo manejo de aspectos psicossomáticos era de suma importância à um melhor controle de sintomatologia e qualidade de vida sem o uso desses medicamentos.

Tais fármacos são usados na prática clínica para manejo da dor em pacientes em que outras classes medicamentosas não obtiveram sucesso anteriormente. De acordo com a Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED), essa classe de medicamentos no Brasil ainda é subutilizada, onde o consumo per capita do brasileiro gira em torno de 7,8 mg por ano em uma pessoa que necessite do medicamento, ao passo que o recomendado seria a dosagem de 192,2 mg por ano.

Essa subutilização da classe não diminui a importância do uso racional desses analgésicos, uma vez que implicações como o potencial de adicção a essas substâncias, impacto econômico e prescrição mau conduzida podem levar a malefícios com o uso desses medicamentos. Nesse sentido o Centers for *Disease Control and Prevention* – CDC, elaborou, em 2016 um *Guideline* para prescrição de opióides em dor crônica. A partir de uma revisão sistemática de estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados de 2008 a 2016, publicaram recomendações para melhorar a comunicação entre profissionais da saúde e pacientes sobre os riscos e benefícios da terapia com opióides para dor crônica, melhorar a segurança e eficácia do tratamento e reduzir os riscos associados à terapia de longo prazo.

Nessa diretriz, a dor crônica foi definida como uma dor persistente por um tempo maior do que três meses ou após o tempo de cicatrização normal de determinado tecido. A população estudada era de idade maior ou igual a dezoito anos, excluindo pacientes em cuidados paliativos, câncer ativo e cuidados de fim de vida. Tal delineamento entra em consonância com os pacientes citados anteriormente.

O estudo teve como resultado doze recomendações para o uso racional de opióides na prática clínica, com os respectivos graus de recomendação, a saber:

1. Na dor crônica, o tratamento não farmacológico e o tratamento farmacológico com medicamentos não opióides são preferíveis. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 3;
2. Deve-se estabelecer metas de melhora da dor e função para todos os pacientes, considerando a descontinuação do medicamento caso os benefícios não superarem os riscos. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 4;
3. O planejamento terapêutico deve incluir ampla orientação ao paciente dos riscos conhecidos e da importância do uso responsável da medicação. Estes conceitos devem ser continuamente revistos e reforçados no seguimento dos pacientes. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 3;
4. No início do tratamento, deve-se optar por opióides de ação imediata em detrimento dos opióides de liberação prolongada, e deve-se prescrever a menor dosagem eficaz, com reavaliação cuidadosa do aumento da dose, dos riscos e benefícios da mesma. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 4;
5. Riscos individuais devem ser considerados ao aumentar a dose em  $\geq 50$  mg-equivalentes de morfina (MME) por dia e deve-se evitar o aumento da dosagem para  $\geq 90$  MME por dia. Caso seja necessário incremento de doses  $\geq 90$  MME por dia, deve-se justificar cuidadosamente a decisão. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 3;
6. O uso prolongado de opióides geralmente se inicia no tratamento de um quadro agudo. Portanto, recomenda-se prescrever a menor dose efetiva de um opióide de ação imediata e não prescrever quantidade de comprimidos maior do que a necessária para o tratamento. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 4;
7. Deve-se reavaliar riscos e benefícios do tratamento após 1 a 4 semanas do início do mesmo, e, a seguir, no mínimo a cada 3 meses. Se os benefícios não superarem os riscos, considerar aumentar a dose de outros medicamentos, ou implementar tratamentos adjuvantes, na tentativa de diminuir a dose do opióide e até suspender a medicação. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 4;
8. Incorporar no plano de tratamento estratégias para diminuir o risco de adicção e/ou overdose. Considerar oferecer naloxona na presença de fatores que aumentam o risco de overdose, tais como: histórico de overdose, história de

- abuso da substância, doses  $\geq 50$  MME/dia ou utilização simultânea de benzodiazepínicos. Pacientes com distúrbios respiratórios do sono, gestantes, insuficiência renal ou hepática, idade  $\geq 65$  anos, com problemas mentais e alcoólatras. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 4;
9. Revisar periodicamente o histórico de prescrições de substâncias controladas e determinar se o paciente está recebendo associações perigosas que o colocam em risco de overdose. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 4;
  10. Recomenda-se utilizar rastreio toxicológico de drogas na urina em todos os pacientes ao iniciar tratamento com opióides, e manter o rastreio anual a fim de detectar o uso de outros medicamentos e drogas ilícitas que influenciariam no tratamento. Grau de recomendação: B, tipo de evidência: 4;
  11. Deve-se, sempre que possível, evitar a coprescrição de opióides e benzodiazepínicos. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 3;
  12. Em caso de abuso do uso de opióides, deve-se iniciar tratamento baseado em evidências, com medicação com buprenorfina ou metadona em combinação com terapias comportamentais para pacientes com transtorno de abuso de opióides. Grau de recomendação: A, tipo de evidência: 2.

Essas recomendações foram publicadas em 2016 nos Estados Unidos as práticas propostas vem sido adotadas sistematicamente. Visam conseguir utilizar essa estratégia terapêutica em casos selecionados, com segurança e propriedade, minimizando danos aos pacientes, diminuindo custos com má recomendação e diminuindo risco de efeitos colaterais e de adicção a tais fármacos.

No contexto brasileiro, tem-se acesso restrito a essas medicações, além do desconhecimento, por parte dos profissionais da saúde, dos benefícios dessa classe medicamentosa quando bem indicada. O e-SUS é uma ferramenta importante na integração dos sistemas de informação dos pacientes no Brasil, possibilitando um monitoramento do usuário de opióides quanto ao tratamento seguido e histórico de efeitos adversos, por exemplo.

A busca pela informação e evidência de benefício é fundamental em qualquer aspecto da prática médica. Não se justifica a não busca por esclarecimentos nos dias atuais, onde o acesso a diferentes fontes é irrestrito. Cabe ao profissional de saúde,

portanto, a busca pela informação a fim de propor ao seu paciente a melhor e mais adequada terapêutica disponível.

## **4 VISITA DOMICILIAR E ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

### **4.1 INTRODUÇÃO**

A atenção domiciliar é descrita como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas à domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

Nesse contexto, tal forma de cuidado vem ganhando um papel maior e mais importante à medida que o tempo passa. O Brasil vive hoje um período de transição demográfica, com aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade da população. O acréscimo do acesso ao saneamento básico, aos sistemas de saúde e à informação contribui para esse fenômeno atual. Esse período acarreta mudanças epidemiológicas na forma com a qual a população adoece, com predominância das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, por exemplo, em detrimento das doenças infecto-contagiosas. Como o país está em fase de transição, essa situação também reflete a qualidade de alguns serviços, como infraestrutura e segurança pública, que no país encontram-se deficitárias em muitas regiões. O resultado é a população padecer com doenças provenientes das chamadas causas externas, como acidentes de trânsito e violência urbana.

Com a crescente demanda por serviços de saúde cada vez mais especializados, a taxa de ocupação dos hospitais mantém-se alta e a rotatividade de leitos nem sempre é garantida, estando a atenção domiciliar (AD) inserida nesse contexto. A AD possibilita, dentre outros fatores, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares e evita, em muitos casos, hospitalizações desnecessárias. A AD é a transferência do sistema como um todo à demanda de uma parte da população específica. Para tanto, fundamenta-se em princípios próprios que garantem um atendimento qualificado aos pacientes, dentre eles: abordagem integral à família, consentimento da família, participação do usuário e



existência do cuidador, trabalho em equipe multidisciplinar e estímulo às redes de solidariedade.

## **4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO**

Durante o trabalho desenvolvido na ESF 02, a atenção domiciliar (AD) esteve presente desde a primeira semana de trabalhos, sendo reservado o turno da tarde das quartas-feiras para realização das atividades.

Contava-se com aproximadamente quarenta pacientes sob o regime de visita domiciliar (VD), com as mais diversas condições de saúde, com predomínio das doenças crônico-degenerativas como maior causa das visitas. O trabalho era organizado de forma a englobar determinada região da cidade de usuários adscritos à ESF, garantindo um maior fluxo de usuários visitados no turno. Os pacientes recebiam um cronograma de visitas inicialmente fixo, mas que sob demanda poderia ser alterado, caso ocorresse a agudização de algum caso ou fosse recebido um alerta dos agentes comunitários de saúde (ACS) ou outra fonte. Dispunha-se de um automóvel e motorista da prefeitura para realizar a parte logística do trabalho. As visitas eram realizadas com equipe formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e, quando necessário, membros do NASF e da equipe de assistência social.

Os pacientes eram organizados em periodicidade de visitas, de acordo com as necessidades de cada um. Esse cuidado individualizado era importante para garantir o seguimento apropriado à determinada enfermidade, conforme a gravidade da mesma. Periodicamente a lista de paciente era analisada, onde o espaçamento das visitas era revisto, eram incluídos novos pacientes de acordo com os critérios de elegibilidade e desligados pacientes de acordo com as diferentes situações.

Aspectos socioeconômicos, dinâmica familiar e condições de moradia foram abordados durante o decorrer das atividades, garantindo uma atenção abrangente frente às diferentes causas de agravos à saúde dos pacientes, desde questões orgânicas, até questões sociais. Outro agente importante do processo é o cuidador do paciente domiciliado, que merece atenção tão especial quanto a do doente. Sempre que necessário, os cuidadores eram orientados das melhores formas de ajudar o processo saúde-doença, com a marcação de consultas e reuniões quando necessário.

### 4.3 VISITA DOMCILIAR, ATIVIDADE DOMICILIAR

Identificação: R.T., 48 anos, casado, aposentado, natural e procedente de Arvorezinha.

S: Paciente com história de acidente vascular encefálico há 1 ano, acamado, com anartria e hemiparesia direita em decorrência do AVEi prévio. Não faz uso de medicação, tampouco tem algum registro da condição neurológica passada. Comunica-se através de gestos. Mantém-se choroso durante a consulta e sinaliza que cuidadora não presta devida atenção a ele tampouco não tem tomado os devidos cuidados. Reside em casa de alvenaria em boas condições de cuidado e higiene, mora com a mulher e filha, que trabalham fora e se ausentam durante o dia todo. Cuidadora permanece durante o dia prestando assistência ao paciente.

O: BEG, lúcido atento e orientado, mucosas normocoradas, anictéricas e acianóticas, ausência de linfadenopatias, pele e fâneros sem alterações.

ACV: RI, 2T, hiperfonese de B1, PA 150x100 mmHg, FC 84 bpm.

AP: MVND, sem ruídos adventícios, eupneico.

ABD: plano, flácido, indolor à palpação, RHA presentes.

Pulsos periféricos palpáveis e simétricos, enchimento capilar mantido.

Hemiparesia direita e anartria.

A: AVEi prévio com sequela motora e na fala

HAS não controlada

Maus cuidados

De volta à UBS, pode-se analisar as deficiências no atendimento ao paciente, e foi realizado o plano terapêutico, que foi compartilhado com a esposa e cuidadora, as quais foram chamadas em reunião para esclarecimentos. Realizado controle pressórico, instituído tratamento para HAS, solicitados exames, os quais demonstraram a presença de fibrilação atrial (FA), e instituída terapêutica anticoagulante. Foi acionada a equipe do NASF, com psicóloga fazendo trabalho conjunto de acompanhamento.

O paciente evoluiu com controle adequado de valores pressóricos e proteção contra novo evento tromboembólico. Após orientação, cuidadora e familiares

integraram-se com o paciente com a finalidade de prestar uma melhor assistência ao mesmo.

## **5 REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Conforme o ano foi se passando, resta recordar e analisar o trabalho desempenhado ao longo do tempo na ESF 02. Recordar o início do trabalho, com todos os anseios de estar em uma cidade nova, com um povo diferente e particularidades da região. Logo vem à memória a preocupação inicial de realizar o trabalho da melhor forma possível e afirmar o comprometimento com a comunidade. Tudo isso se tornou mais palpável através do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA).

Ao adentrar na realidade de atendimentos de puericultura, pré-natal, visitas domiciliares e rotina da unidade, a primeira impressão é a de que seria impossível organizar e desempenhar as atividades do dia-a-dia. Com o início do trabalho, aprende-se na prática como fazer a “máquina funcionar”, tarefa nada fácil. O que remete também às atividades dos módulos de ensino à distância (EAD).

Os módulos seguem uma ordem lógica e clara desde a história das políticas de saúde, passando por aspectos básicos do SUS, desde a sua formação, até os dias de hoje, além dos avanços a serem alcançados, tendo como exemplo maior, a implementação do e-SUS. O primeiro módulo pauta a história das políticas públicas dos diferentes sistemas de saúde implementados no Brasil, seus erros e acertos, e faz um paralelo com sistemas vigentes em outros países. Nesse sentido, é impossível não imaginar como era o acesso à saúde no Brasil antigamente, bem como refletir o que de construtivo os outros sistemas públicos podem agregar ao nosso.

O segundo módulo tem a finalidade de criar um senso crítico nos profissionais da saúde, abordando temas como o conhecimento epidemiológico e os conceitos que a medicina baseada em evidências tem a oferecer ao médico e aos demais agentes do sistema. A familiarização com tais conceitos fazem com que as condutas sejam direcionadas ao melhor manejo das diferentes enfermidades, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento mais adequado àquele caso em específico. Tais processos em saúde são de suma importância ao paciente, mas também possibilitam uma

gerência de atenção e recursos direcionada, o que reflete em uma gestão mais eficiente, essencial ao sistema, especialmente nos dias atuais.

Tendo feito uma base sólida de conhecimento e reflexão, a terceira unidade oferece ferramentas ao profissional para a melhor gerência e organização do processo de trabalho. Pouco se tem contato com a parte de gestão do cotidiano na graduação, e a unidade se encaixa perfeitamente nesse propósito. Construção da agenda profissional, por exemplo, é um conceito fundamental a ser implementado em qualquer UBS, a fim de criar um fluxo melhor e mais coeso de pacientes e demandas.

Terminado o primeiro eixo, fica a preocupação com o eixo dois e seu vasto cronograma. Tal fato diminui ao longo do tempo, de acordo com situações vivenciadas ao longo do trabalho. O que era diagnosticado ou tratado com certa apreensão, hoje se encontra com embasamento teórico para tal. O segundo eixo, por ser prático e prontamente aplicável, transforma os casos em experiência e segurança para o profissional de saúde. A disfunção erétil, por exemplo, tema mais frequente em ambulatórios de urologia, agora é manejada com propriedade na atenção básica. O correto seguimento do paciente com condições crônicas e prevalentes, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), dá-se de maneira mais capacitada. Esse é o trunfo do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFSCPA, o de criar ferramentas e condições para que o trabalho nas UBS seja aprimorado, fortalecendo a atenção básica de saúde no Brasil, a qual tem papel central no correto funcionamento do sistema como um todo.

Com o final das atividades, a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) acaba por centralizar as ferramentas teóricas e práticas em um apanhado geral do que foi o ano com o Curso de Especialização em Saúde da Família. Tal situação possibilita ao aluno a construção de um resumo do que foi passado ao longo do curso, no que tange a relevância dos temas e de que forma todo esse trabalho irá se refletir na prática profissional durante o tempo.

Depois de realizar essa reflexão, constata-se um crescimento exponencial em qualidade das diversas facetas que o profissional médico deve ter durante o trabalho a ser desempenhado. O bem maior de qualquer pessoa é sua saúde e o médico está encarregado de garantir os melhores meios possíveis de manter as pessoas com seu

bem maior, dentro das condições que o sistema fornece. Pode-se afirmar que as atividades fornecidas tornaram o padrão de atendimento mais qualificado na ESF 02 e serão aplicadas durante o passar do tempo.

## **6 ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**Ministério da  
Saúde**

### **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS PACIENTES TABAGISTAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Néri Edú Urnau Neto**

**2017**

## RESUMO

Este projeto de intervenção tem como proposta trabalhar com a implementação de um grupo de apoio ao paciente tabagista na ESF Leonir Bonumetti Fornari, adscritos à equipe 2. O seguinte trabalho irá integrar os indivíduos tabagistas e a equipe de saúde multidisciplinar, composta por agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e médico. O tabagismo constitui-se em um agravo à saúde da população extremamente importante em nosso meio, sendo direta e indiretamente responsável por diferentes formas de doenças. Calcula-se que aproximadamente 15% da população maior que 18 anos é tabagista no Brasil, conforme dados de 2013. A partir da década de 1990, diversos esforços tem sido feitos no sentido de um melhor controle do tabaco no país, sendo criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), onde diversas políticas vem sendo desenvolvidas visando estratégias de promoção e prevenção de saúde acerca do tema. Utilizaremos esse grupo de pacientes para a elaboração de diferentes avaliações e abordagens terapêuticas, medicamentosas e não-medicamentosas. Cada componente do grupo terá papel fundamental, agregando diferentes experiências e conhecimentos. As ações irão ocorrer na forma de encontros com periodicidade variável, onde, no decorrer do tempo, diferentes temas serão abordados, serão elaborados cartazes e apresentações explicativas sobre o tema. Os objetivos com a implementação do grupo são a qualificação do atendimento do paciente tabagista no ESF Leonir Bonumetti Fornari, bem como o completo abandono do tabagismo pelos integrantes do grupo e ainda a perpetuação da formação de grupos de cessação do tabagismo. Ao final do grupo, será feita em reunião de equipe um balanço geral dos resultados obtidos com o trabalho realizado.

**Descritores:** Tabagismo, Grupo de Cessação do Tabagismo, Atenção Básica.





## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	25
1.1 Definições.....	26
2. OBJETIVOS.....	27
2.1 Objetivos Gerais.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3.1 O tabaco no Brasil.....	28
3.2 Epidemiologia.....	29
3.3 A dependência da nicotina.....	31
3.3.1 Diagnóstico da dependência de nicotina.....	31
3.3.2 Tratamento do tabagismo.....	31
3.3.3 Tratamento farmacológico.....	33
3.3.4 Tratamento não-farmacológico.....	34
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
4.1 Pactuação das ações.....	35
4.2 Organização e gestão do serviço.....	35
4.3 Execução das ações.....	35
4.4 Monitoramento e avaliação.....	36
5. CRONOGRAMA.....	37
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	38
6.1 Recursos Humanos.....	38
6.2 Recursos Materiais.....	38
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	38
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

## 1. INTRODUÇÃO

O tabaco representa um grave problema para os sistemas de saúde nacionais. A “Epidemia Mundial do Tabaco” (GARRET, ROSE, HENNINGFIELD, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) é um conceito aceito pela manutenção da prevalência crescente do tabagismo nos países emergentes (excluindo-se o Brasil, cuja prevalência vem caindo desde o final do século passado). Dado o fato de ser a principal causa de morte evitável, deve-se investir em políticas e ações de controle ao agravo.

O tabaco é consumido pela humanidade por milhares de anos. Antigamente relacionado com prestígio e *status*, o processo de industrialização e ações de *marketing* tornaram o produto acessível e desejado pelas massas, tornando-se um problema relevante de saúde para os países (BRASIL, 2015).

Nos últimos anos, tem-se visto esforços a nível mundial envolvendo a cooperação dos governos, entidades não governamentais e diversos componentes da sociedade a fim de regulamentar e controlar o consumo de tabaco, buscando formas de desestimular o uso e prevenir a iniciação, no caso dos jovens (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, o Brasil tem se esforçado na aprovação de diversas regulamentações que tratam do consumo do tabaco em determinados locais do espaço público, restrições a formas de propaganda, aumento nas tributações e controle nos aditivos empregados no produto. Pode-se sentir o peso do impacto dessas ações na prevalência em queda da condição (31,7% da população adulta em 1989 contra 15% em 2013) (IBGE, 2013).

Os dados mostravam que os tabagistas dispostos a parar de fumar (aproximadamente metade do total de tabagistas) não encontravam não só um ambiente adequado no que diz respeito ao aconselhamento da cessação do tabagismo por profissionais de saúde, mas também um dificultoso acesso à terapêutica específica (BRASIL, 2015). Para enfrentar essa questão, o Ministério da Saúde reviu a portaria que dava as diretrizes para o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT) e publicou nova portaria em 2013 (Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013), e que define que a Atenção Básica é o principal local de cuidado com esses indivíduos, dentre outras medidas.

Em concordância a essa situação, tem-se a justificativa do projeto: criar um grupo de tabagistas e familiares com o intuito de aconselhar, apoiar e dar a base necessária para que esses pacientes possam dispor de uma estrutura o mais completa possível para enfrentarem o problema. Na cidade de Arvorezinha, o tabagismo constitui-se em agravo de saúde relevante, perfazendo boa parte de internações hospitalares com implicação direta e indireta em dados de mortalidade, o que justifica os esforços.

A relevância da intervenção é a de criar o grupo para que as pessoas disponham de instrumentos fundamentais para o devido conhecimento do problema que enfrentam e o adequado acompanhamento nas mais diversas facetas do cuidado necessário à saúde, nos diferentes campos de atuação.

## **1.1 DEFINIÇÕES**

- Tabaco fumado – tabaco consumido a partir da queima (cigarro industrializado ou não, cachimbo, narguilé). Gera fumaça, atingindo o usuário, ou tabagista ativo e o indivíduo que compartilha o ambiente, o fumante passivo.
- Tabaco não fumado – tabaco consumido sem a queima (mascado, inalado ou mascado).
- Fumante regular – tabagista com consumo superior a 100 cigarros na vida e que continua fumando. Aquele cujo consumo seja inferior a 100 cigarros caracteriza-se como em fase de experimentação.
- Ex-fumante – pessoa com consumo de mais de 100 cigarros na vida e que interrompeu o uso.
- Cessaçãõ definitiva – interrupção permanente do tabagismo (ou até que ocorra uma recaída).
- Recaída – retorno do hábito tabágico após período de interrupção.
- Lapso – uso ocasional e isolado da substância durante o período de abstinência dela.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Criar um grupo de apoio aos tabagistas e suas famílias, de pacientes residentes na área de atuação da ESF 2 do município de Arvorezinha.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar a busca ativa de participantes por meio de divulgação do grupo pelas agentes comunitárias de saúde e pela equipe da ESF.
- Realizar avaliação em grupo e individual dos participantes, bem como explorar os diversos aspectos socioculturais envolvidos na temática.
- Promover atividades e dinâmicas de grupo, buscando a maior interação e unificação dos participantes.
- Realizar a confecção de cartazes, banners e material explicativo da temática tabagismo.
- Criar estratégias junto à equipe de abordagem dos tabagistas em termos de promoção e prevenção de saúde.
- Fazer avaliação de grau de dependência e motivação à cessação do tabagismo, com controle evolutivo.
- Informar e explicar os benefícios da cessação e da não iniciação do tabagismo, afim de propagar a importância dessas atitudes para usuários e jovens.

## **3. REVISÃO DA LITERATURA**

O cigarro já foi visto como hábito inofensivo e até mesmo ligado ao status social, sendo amplamente utilizado na sociedade, contanto, com o passar dos tempos, estudos relacionaram o hábito de fumar a diversos agravos de saúde, dentre eles, o câncer. Os prejuízos causados pelo fumo motivaram importantes ações de saúde pública no Brasil e no mundo. Há pelo menos 15 anos, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), vem articulando, ações de natureza intersetorial e de abrangência nacional, junto a outros setores do governo, com a parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, como, o aumento das taxas de impostos para a indústria tabagista,

veiculação de anúncios advertindo sobre suas consequências deletérias a saúde, além da criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Diante do cenário de alta prevalência de tabagismo, grandes taxas de doenças relacionadas ao tabaco e suas consequências e impacto na saúde pública, o que faz importante se ter conhecimento do histórico do tabaco no país.

### **3.1 O TABACO NO BRASIL**

A planta foi instituída no Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. Quando os portugueses aqui desembarcaram, tomaram conhecimento do tabaco pelo contato com os índios, disseminando-se pela Europa a partir do século XVI (DENARC – PR, 2011).

Durante a década de 60, o cigarro começou a ser relacionado com o adoecimento do usuário. Muito embora se saiba dos malefícios que o hábito de fumar causa, a nicotina ainda é uma das drogas mais consumidas no mundo (DENARC - PR, 2011). Desde 1985, o Brasil vem desenvolvendo intervenções para o controle do tabagismo. Principalmente com a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com legislação ampla, em 1996; criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela regulamentação dos produtos derivados do tabaco; e aumento da tributação dos produtos do tabaco (DANEL *et al*, 2005). O Brasil é o maior exportador mundial de tabaco e segundo maior produtor, ocupando posição importante na economia brasileira. No entanto, a expectativa é que a produção de fumo brasileira sofra uma queda gradual daqui para frente. Um dos fatores que está influenciando a tendência de queda do cultivo do tabaco é a diminuição do número de consumidores no Brasil. De acordo com estudos do Ministério da Saúde (MS), em 1994 havia 44,3 milhões de fumantes no País, cerca 28% da população. Em 2013, 15% de usuários, equivalente a cerca de 21.9 milhões de pessoas, um decréscimo extremamente importante. Esses dados mostram um impacto positivo na redução do consumo do tabaco no país. (IBGE 2013).

### 3.2 EPIDEMIOLOGIA

O tabagismo caracteriza-se por intoxicação aguda ou crônica decorrente do hábito de fumar é a principal causa de morte evitável em todo mundo. (PEIXOTO et al, 2007; WHO, 2008). Existem importantes diferenciais no padrão e tendências do consumo de tabaco por gênero e por classe social no mundo. Sabe-se que os homens fumam mais que as mulheres.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD sobre o consumo de produtos derivados do tabaco (fumados ou não), realizado em 2013 no Brasil, entre pessoas de 18 anos ou mais, por grandes regiões, sexo e perfil socioeconômico. Detectou-se o percentual de 15% de usuários, equivalente a cerca de 21.9 milhões de pessoas. A Região Sul concentra o maior percentual de usuários (16,1%) e os menores no Centro-Oeste (13,9%) e Sudeste (15,1%). Os homens apresentaram percentual de usuários mais elevado (19,2%) do que as mulheres (11,2%). O indicador mostrou diferenças por nível de instrução: percentuais mais elevados de usuários atuais de tabaco eram apresentados por pessoas sem instrução ou com Ensino Fundamental incompleto (20,2%). Por faixa etária, aqueles com idade entre 40 e 59 anos apresentam o maior percentual (19,4%). As pessoas declaradas de cor ou raça preta (17,8%) registraram proporção acima da obtida para os brancos (13,1%). O comportamento verificado por sexo, escolaridade e faixa etária se repetiu por todas as Grandes Regiões. Considerando apenas o tabaco fumado, o percentual de fumantes atuais foi de 14,7%, sendo 12,7% de fumantes diários. A prevalência de homens fumantes diários foi de 16,2% e, de mulheres 9,7%. A prevalência de fumantes atuais de cigarro foi de 14,5%, sendo a prevalência em homens de 18,9% e em mulheres de 11%. O cigarro industrializado foi o produto de tabaco mais utilizado (IBGE, 2013).

A proporção de pessoas que declararam ter fumado no passado foi, para o Brasil, 17,5%. Considerando a situação no domicílio, 17,2%, na área urbana e 19,3%, na rural. Regionalmente, a frequência de ex-fumantes variou de 16,3% na região Centro-Oeste, a 18,3%, na Sul (IBGE, 2013).

Na análise por sexo, 21,2% dos homens e 14,1% das mulheres já fumaram tabaco no passado. No que diz respeito à variação por faixa etária, a proporção de ex-

fumantes aumenta com a idade: entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade, 31,1% pararam de fumar e entre os de 18 a 24, 5,6% pararam (IBGE, 2013).

Na PNS foi investigada, igualmente, a tentativa de parar de fumar e a ajuda de profissional da saúde para tentar parar de fumar (IBGE, 2013).

Dentre os fumantes atuais e ex-fumantes que pararam de fumar há menos de 12 meses anteriores à data da entrevista, 51,1% fizeram a tentativa de parar de fumar nesse mesmo período. Dentre os homens, 47,9% fizeram a tentativa e, entre as mulheres, uma parcela maior tentou parar, 55,9% (IBGE, 2013).

Das pessoas que tentaram parar de fumar, 73,1% conseguiram tratamento com profissional de saúde para parar de fumar nos últimos 12 meses. (IBGE, 2013).

No ambiente domiciliar, a proporção de pessoas não fumantes expostos à fumaça de produtos de tabaco foi de 10,7%. As mulheres não fumantes estavam mais expostas (11,7%) que os homens (9,5%). As pessoas de 18 a 24 anos de idade também estavam mais expostas, neste ambiente, que as demais faixas etárias (IBGE, 2013).

No trabalho, entre as pessoas não fumantes ocupadas e que trabalhavam em ambientes fechados, 13,5% estavam expostos ao fumo passivo. Nesse caso, os homens estavam mais expostos (16,9%) que as mulheres (10,4%) (IBGE, 2013).

As regiões Sul e Sudeste apresentaram percentuais menores de pessoas não fumantes expostas ao fumo passivo no local de trabalho fechado: 11,1% e 12,3%, respectivamente (IBGE, 2013).

O impacto econômico com o tabagismo é muito elevado e envolve indivíduos, serviços e a sociedade como um todo. Além disso, o tabagismo é um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil. Da década de 1930 até os anos 90, a proporção de mortes por DANT cresceu mais de três vezes no país. Em 2004, as DANT foram responsáveis por aproximadamente 63% da mortalidade devida a causas conhecidas (BRASIL, 2006). Houve no Brasil uma redução de fumantes a partir da década de 90, além de redução acentuada do consumo per capita de unidades.

### **3.3 A DEPENDÊNCIA DE NICOTINA**

A nicotina é uma droga psicoativa lícita, que causa dependência física, química e psicológica, interferindo no organismo e no comportamento do usuário (MARQUES et al, 2001; BALBANI; MONTOVANI, 2002). A intensidade da dependência da nicotina cresce com o tempo e o número de cigarros fumados. A diminuição de 50% no consumo da nicotina pode desencadear os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes, como: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (MARQUES et al, 2001).

#### **3.3.1 DIAGNÓSTICO DA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA**

O diagnóstico é feito por um profissional de saúde adequadamente treinado que aborda dois questionamentos 1- qual o consumo diário de tabaco e 2- se o fumante acredita ter problemas associados a esse consumo. A abordagem a todos os indivíduos na atenção primária visa não apenas diagnosticar o tabagismo e aconselhar os fumantes a parar de fumar, mas estimular aqueles que não fumam para que não comecem (MARQUES et al, 2001; LOPES, 2008).

Questionários, inventários e escalas desenvolvidos para elaborar o diagnóstico e melhor avaliar a gravidade do consumo de tabaco podem ser introduzidos para fundamentar a intervenção e definir o tratamento mais adequado ao paciente, de acordo com o grau de dependência da nicotina. A Classificação Internacional das Doenças (CID- 10) da Organização Mundial da Saúde também é utilizada para avaliação diagnóstica do uso do tabaco, mas o teste de dependência à nicotina de Fagerström é o mais utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação do grau de dependência nicotínica do tabagista (MARQUES et al, 2001; REICHERT et al, 2008).

#### **3.3.2 TRATAMENTO DO TABAGISMO**

No Brasil, o tratamento para a dependência do tabagismo é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através do Programa de Controle do Tabagismo, ampliando assim o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo na atenção básica e média complexidade do SUS (INCA, 2011).



Para que o paciente tenha acesso a essa terapêutica, este deve passar pelo atendimento no qual o profissional de saúde vai avaliar a real motivação desse paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à droga, se há indicação e/ou contraindicação ao uso do apoio medicamentoso a existência de comorbidades psiquiátricas, além é claro de uma abordagem geral em uma anamnese aberta às queixas do paciente (VIEGAS et al, 2007; BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Conhecidos amplamente, os benefícios da interrupção do hábito de fumar estão entre a redução do risco de morte e conseqüente aumento da expectativa de vida, redução do risco de câncer, sobretudo de pulmão, de doenças cardiovasculares (principal causa de mortalidade no Brasil), e de doenças pulmonares crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (PEIXOTO et al, 2007).

A dependência à nicotina torna extremamente difícil para os tabagistas abandonar o tabaco. A maioria dos tabagistas conhece os malefícios do cigarro e deseja parar de fumar, no entanto é preciso que o tabagista ultrapasse alguns obstáculos para alcançar a meta: a falta de diagnóstico médico da dependência de nicotina, o desconforto da abstinência e o número insuficiente de serviços de apoio para abandono do fumo, com distribuição gratuita de medicamentos (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Sabe-se que mais de 70% dos tabagistas desejam parar de fumar, porém, menos de 10% conseguem realmente parar por conta própria, pois o desconforto da abstinência de nicotina e a fissura pelo cigarro fazem com que a maior parte dos tabagistas apresente recaída. As recaídas costumam ocorrer entre dois dias e três meses de abstinência. Todavia, o apoio médico adequado é capaz de aumentar a taxa de sucesso no abandono do fumo (BALBANI; MONTOVANI, 2005; LUPPI et al, 2006).

Dentre os procedimentos médicos para a avaliação do paciente tabagista e aplicação da terapêutica adequada estão: avaliação clínicas do grau de dependência da nicotina, psicoterapia, esclarecimentos, aconselhamento, aplicação de medicamentos e acompanhamento. Além disso, constituem de suma importância as ações antitabágicas integradas na atenção primária como campanhas educativas aos diversos segmentos da população, proibição de fumar em locais públicos, elevação dos impostos sobre os

preços dos cigarros e advertências nas embalagens dos produtos do tabaco (FOCCHI; BRAUN, 2005; BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Os índices de cessação do tabagismo no Brasil apresentam tendência crescente, com os menores índices referentes a indivíduos com menor escolaridade e/ ou de nível social mais baixo. Nesse sentido, deve-se enfatizar o papel do estado e das políticas públicas no reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde pública. (VIEGAS et al, 2007; REICHERT et al, 2008).

O tabagismo é uma doença complexa e o seu controle requer a integração de abordagens diversas: farmacológicas, psicológicas, de comunicação de massa, entre outras (PRESMAN et al, 2005).

A terapia farmacológica é indicada para os dependentes da nicotina, e divide-se em: fármacos de primeira linha (terapia de reposição da nicotina e bupropiona) e de segunda linha (clonidina e nortriptilina) (REICHERT et al, 2008).

### **3.3.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

**Terapia de reposição de Nicotina (TRN):** O objetivo da TRN é oferecer a nicotina sem o uso de tabaco e assim aliviar os sintomas de abstinência, quebrando o comportamento de consumo de cigarros relacionado à dependência física. A TRN é dividida em agentes de ação rápida – goma e pastilha – e agente de ação longa – adesivo.

Importante revisão sistemática da Cochrane mostrou que todas as formas de reposição de nicotina disponíveis no mercado mundial aumentam em 50% a 70% as possibilidades de abstinência em longo prazo, quando se trata de fumantes motivados para cessação e com elevada dependência à nicotina (STEAD et al., 2012). A TRN aparenta ainda ser tão efetiva quanto à bupropiona, e o tratamento combinado com adesivo e goma de nicotina promove um maior benefício em comparação com o uso isolado de ambos (STEAD et al., 2012)

**Bupropiona:** Antidepressivo e fármaco de primeira linha no tratamento da cessação do tabagismo usado para fumantes que necessitam auxílio farmacológico para abandonar o hábito. Seu efeito antidepressivo não explica completamente seu efeito para cessação do tabagismo, que pode ter relação com a redução do transporte

neuronal de neurotransmissores – dopamina e noradrenalina – ou do antagonismo dos receptores nicotínicos (REICHERT et al., 2008)

### **3.3.4 TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO**

**Aconselhamento médico:** Tem como objetivo o aconselhamento geral sobre os malefícios do tabagismo, incluindo o aumento no risco de doenças e de elevação da taxa de mortalidade. Além disso, o médico deve objetivar a identificação de situações em que o tabagista busca o cigarro por um comportamento (após as refeições, ao tomar um café, em reuniões com amigos) ou circunstâncias emocionais (ansiedade, aborrecimentos). Com base nisso o fumante aprende estratégias para quebrar o vínculo entre esses fatores e o ato de fumar (SARDINHA et al, 2005).

**Terapia cognitivo-comportamental:** as principais vantagens dessa abordagem incluem a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, desenvolvendo assim o estímulo ao autocontrole para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento (SARDINHA et al, 2005).

**Terapia de grupo:** Consiste de sessões de grupo (de 10 a 15 pessoas em média). Nessas sessões, devem ser abordados os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes. A interação do grupo deve ser usada para incentivar e apoiar as mudanças (BRASIL, 2015).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um projeto de intervenção, no qual farão parte pacientes tabagistas que a área adscrita do ESF Leonir Bonumetti Fornari da cidade de Arvorezinha engloba. Além desses pacientes, também participarão do estudo a equipe médica, composta pelo médico, a enfermeira, a técnicas de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde (ACS). O trabalho dar-se-á da seguinte maneira: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

#### **4.1 PACTUAÇÃO DAS AÇÕES**

Será apresentado o projeto na reunião semanal da ESF Leonir Bonumetti Fornari, na última semana de setembro 2016. Será explanado acerca não só das etapas e os propósitos do trabalho, mas também dos objetivos.

#### **4.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO**

Durante a reunião de apresentação do projeto, as agentes comunitárias de saúde serão orientadas a buscarem, dentre seus pacientes, os com o perfil que melhor se encaixe a finalidade do grupo, levando em conta fatores psicossociais. Ficando acertados os nomes dos participantes, o grupo tomará forma às terças-feiras, no período da tarde, após o expediente normal da ESF Leonir Bonumetti Fornari, com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Serão realizados encontros semanais no primeiro mês de funcionamento do grupo, onde serão realizadas avaliações do perfil dos integrantes e os mesmos serão separados em dois grupos distintos: os com necessidade de atendimento individualizado e os com a possibilidade de atendimento coletivo. Esses níveis de atenção não serão estanques, onde o paciente que precisar ou puder mudar de grupo será realocado na modalidade que melhor irá suprir suas necessidades.

Após as reuniões semanais do primeiro mês, o segundo mês será de encontros quinzenais e os meses subsequentes terão encontros mensais. As atividades serão desempenhadas pela equipe de saúde, com o emprego de palestras, elaboração de faixas e banners, uso de apresentações com figuras explicativas sobre o tema tabagismo, além da intervenção farmacológica, composta de maneira variável de acordo com as necessidades dos participantes do grupo, abrangendo desde o uso de goma de mascar, adesivos de nicotina até utilização de medicação.

#### **4.3 EXECUÇÃO DAS AÇÕES**

As ações serão executadas durante as reuniões e fora delas. Nos intervalos entre reuniões de equipe, as ACS estarão encarregadas de coletar informações dos participantes durante as visitas domiciliares e trazer esse feedback às reuniões de equipe, onde será feita a análise individual dos integrantes dos grupos e será decidida a melhor estratégia de intervenção para determinado integrante. Com esses dados,

podemos inferir o grau de aderência ao tratamento e traçar a melhor estratégia individualizada.

#### **4.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O projeto será acompanhado semanalmente na reunião de equipe da ESF Leonir Bonumetti Fornari. As ACS deverão fazer seus apontamentos e trazer situações que julgarem pertinentes acerca de cada caso.

Além disso, será monitorada taxa de abstenção dos usuários nos grupos realizados com encontros mensais ao longo da intervenção.

Ao final dos quatro meses da implementação do grupo, será feita uma apresentação dos resultados na reunião semanal de equipe da ESF Leonir Bonumetti Fornari para a avaliação da intervenção e discussão dos resultados obtidos a fim de qualificar da melhor forma possível os grupos de tabagistas e dar sequência ao trabalho com novos grupos.

## 5 CRONOGRAMA

<b>Procedimento</b>	<b>Setembro</b>	<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Dezembro</b>	<b>Janeiro</b>
<b>Apresentação do projeto à equipe e seleção dos participantes</b>	X				
<b>Realização do grupo – Encontros semanais</b>		X			
<b>Realização do grupo – Encontros quinzenais</b>			X		
<b>Realização do grupo – Encontros mensais</b>				X	X
<b>Realização de atendimento médico individual para acompanhamento e orientações</b>	X	X	X	X	X
<b>Avaliação do projeto pela equipe de saúde</b>					X

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 Recursos Humanos**

- Oito agentes comunitárias de saúde;
- Uma psicóloga;
- Uma nutricionista;
- Um técnicos de enfermagem;
- Uma enfermeira;
- Um médico.

### **6.2 Recursos Materiais**

- Sala de reunião para realização dos encontros;
- Ficha de avaliação individual do tabagista;
- Material Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Participante;
- Cartazes;
- Canetas;
- Computador;
- Projetor;
- Impressora;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Prontuários dos pacientes presentes nas atividades.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Ao final do projeto de intervenção, tem-se como resultados esperados:

- Auxiliar na cessação do tabagismo dos participantes do grupo;
- Capacitar a atenção básica do município de Arvorezinha a abordar a questão do tabagismo de maneira mais competente e abrangente;
- Compartilhar experiências de vida, bem como, conhecimentos e visões dos participantes;
- Conscientizar os participantes e familiares da questão do tabagismo;
- Focar em ações que auxiliem na cessação do tabagismo, bem como em pautas educativas e preventivas para os familiares e jovens do convívio dos participantes;

- Utilizar do debate coletivo para objetivar metas;
- Estimular a multidisciplinaridade do trabalho em equipe, a fim de buscar uma maior abrangência de temas inerentes à questão do tabagismo, visando a maior efetividade da intervenção.

## **8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. MORAIS, Mauro Batista e MAFFEI, Helga Verena L. Constipação intestinal – *Jornal de Pediatria*, v. 76, S147-S156, supl. 2, 2000. BIGÉLLI Rosa H. M.; FERNANDES Maria I. M. & GALVÃO Livia C. Constipação intestinal na criança. *Medicina*, Ribeirão Preto, 37: 65-75, jan./jun. 2004.
2. CRUZ, Fabiano Robert Neves. Constipação Intestinal: Abordagem Medicamentosa e não Medicamentosa. *International Journal of Nutrology*, v.7, n.1, p. 15-20, Jan/Abr 2014.
3. DOWELL, D; HAEGERICH, T. M; CHOU, R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain – United States, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65 (No. RR-1):1-49. DOI <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6501e1>
4. MEDEIROS, L. R; STEIN, A. Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v.46 (1,2): p.43-46, jan-jun., 2002.
5. Magalhães, LP; Figueiredo, MJO; Cintra, FD; Saad, EB, Kunyishi, RR; Teixeira, RA, et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação atrial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 106 (4Supl.2): 1-22
6. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar/Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, 2013.
8. BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Monóxido de carbono endógeno e as vias aéreas. *Rev. Bras. Alergia Imunopatologia*, 2002; 25: 116-21.



9. BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF.
10. BRASIL, 2011. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 58 p.
11. BRASIL, 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf). Acessado em: 07 de outubro 2016
12. DANIEL et al, 2005. Brazil - Addressing the Challenge of Non Communicable Diseases. Washington DC: Banco Mundial
13. DENARC – PR, 2011. Divisão Estadual de Narcóticos – Tabaco. Disponível em <http://www.denarc.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=22>. Acessado em 07 de outubro de 2016.
14. 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.
15. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Tabagismo, 2013. Disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acessado em 07 de outubro 2016.
16. INCA, 2011. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo: tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/programa/inicial.asp?pagina=tratamentosus.htm&item=programa>. Acessado em 10 de outubro 2016.
17. 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.

18. 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.
19. MARQUES, A.C.P.R; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A.P.; LOURENÇO, M.T.; FERREIRA, M.P.; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2001; 23(4):200-14.
20. PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007; 23(6): 1319-1328, jun.
21. PRESMAN, S; CARNEIRO, E; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. Rev. Psiq. Clín. 32 (5); 267-275, 2005
22. REICHERT, J.; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C.M.; GODOY, I.; CHANTKIN, J.M.; SALES, M.P. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. J BrasPneumol. 2008; 34(10):845-80.
23. SARDINHA, A. et al. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro, v.1, n.1, jun. 2005.
24. STEAD, L. F. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev., Oxford, v. 11, n. 11, 2011
25. VIEGAS, C.A.A. et al. Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, São Paulo, Atheneu, 2007
26. WHO – World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2008. The MPowerPackage, Geneve, WHO, 2008.