

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Simone Oliveira Medeiros

**AUXÍLIO À POPULAÇÃO NO COMBATE AO TABAGISMO, ATRAVÉS DE
GRUPOS E VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA**

MAQUINÉ/RS

2017

Simone Oliveira Medeiros

**AUXÍLIO À POPULAÇÃO NO COMBATE AO TABAGISMO, ATRAVÉS DE
GRUPOS E VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA**

**Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Saúde da Família
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família da
Fundação Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.**

**Orientadora: Ana Amélia Nascimento da
Silva Bones**

**MAQUINÉ/RS
2017**

Catálogo na Publicação

Oliveira Medeiros , Simone

AUXÍLIO À POPULAÇÃO NO COMBATE AO TABAGISMO, ATRAVÉS DE GRUPOS E VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE PARA A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA / Simone Oliveira Medeiros . -- 2017.

36 p. : 30 cm.

Monografia (especialização) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS, 2017.

Orientador(a): Ana Amélia Nascimento da Silva Bones.

1. Tabagismo. 2. Atenção Primária à Saúde . I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, meu namorado e amigos pela paciência e à minha tutora pelo incentivo para finalizar mais essa etapa da minha vida.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças crônicas. Dessa forma, o seu combate deve ser uma das estratégias priorizadas para redução desses riscos. Um dos objetivos principais na atuação dos profissionais da área da saúde, na atenção básica é a nível de prevenção. Sendo assim, os membros de uma equipe precisam estar engajados entre si e com a população, a fim de que as estratégias utilizadas para buscar prevenção de doenças e conseqüentemente qualidade de vida, sejam alcançadas com sucesso. Objetivos: facilitar a interação e melhorar o vínculo: comunidade/Equipe de Saúde; promover grupos de auxílio à cessação do tabagismo; orientar a população sobre os malefícios do uso do cigarro; apresentar estratégias para melhora da qualidade de vida, como: alimentação equilibrada e atividade física. Métodos: Capacitação do Médico e Enfermeiro para promover grupo de tabagismo; apresentação à Equipe de Saúde das estratégias utilizadas para acessar à população; utilização das visitas domiciliares, como forma de divulgação e conhecimento do contexto familiar. Criação do grupo para auxílio à cessação do tabagismo. Resultados esperados: fortalecer o laço Equipe de Saúde – Comunidade; capacitar a Equipe de Saúde para o atendimento de pacientes tabagistas; reduzir o número de pessoas que se expõem ao cigarro, assim evitando suas conseqüências nocivas à saúde; apresentar hábitos de vida mais saudáveis, embasado no contexto ao qual a comunidade se insere. Conclusão: o trabalho na comunidade, como Equipe de Saúde da Família, requer união de ambas as partes com o objetivo de mostrar a comunidade que a procura à unidade de saúde, deve ser visto sob um aspecto mais amplo do que apenas procurar atendimento quando sentir-se doente. A disponibilidade da Equipe para oferecer e apresentar atividades novas, como grupos, propicia a interação e por meio desta, contribui para o compartilhamento de ideias e incitação às atividades que propiciem uma melhora na saúde, tanto física, quanto mental.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is one of the main modifiable risk factors for chronic diseases. In this way, its fight must be one of the prioritized strategies to reduce these risks. One of its main goals in the work of health professionals on primary attention is on a prevention-basis. Therefore, the members of a team must be engaged between themselves and the population, so that the strategies used to seek prevention of diseases and, consequently, quality of life, successfully achieved. Objectives: to facilitate interaction and improve the link between Community and Health Team; improve smoking cessation groups; to guide the population against the harmful effects of tobacco use; to present strategies to improve quality of life, as so: balanced diet and physical activity. Methods: Training of the physician and nurse to promote the smoking group; introduction to the Health Team of the strategies utilized to access population; home visits as a way of disclosure and knowledge of familiar context. Creation of the cessation of smoking group. Expected results: strengthen the bond between Health team and Community; enable Health Team to understand smoking patients; reduce the number of people who exposed themselves to tobacco, avoiding the harmful consequences; present healthy living habits, based on the context of which the Community are inserted. Conclusion: The Community work, as Family Health Team, requires union from both parts with the objective of showing to the Community that the search for health should be seen more broadly than seek for an appointment when sick. The team availability to offer and present new activities, as groups, provides interaction and contributes to brainstorming and incitement to activities that promote improvements in health, both physical and mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	09
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	17
4 VISITA DOMICILIAR.....	18
5 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE A - PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho com a apresentação da autora: cursou Medicina, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com conclusão no ano de 2015. Durante a graduação, aventurou-se nas diversas áreas do conhecimento médico. Estagiou na área da Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Genética Médica, e também, em uma das áreas que o conhecimento médico mais diversificado requer: a Medicina de Família. Estagiou como voluntária no PET -Saúde durante um ano, no início de sua graduação, e pôde perceber desde cedo a importância que a atenção primária tem no cuidado da saúde global da população. Participou também de cursos sobre saúde mental, onde seu conhecimento foi ampliado e percebeu a necessidade crescente do profissional da área da saúde, de aprimorar seu conhecimento e investir no cuidado do indivíduo de forma mais humana.

Em 2016, iniciou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), e concomitante a ele, realizou cursos de atualização na carreira, como, por exemplo, o curso de Saúde Mental (ministrado pelo Telessaúde), uma Atualização em Clínica Médica e um curso sobre Agrotóxicos, com o objetivo de atender de forma mais qualificada a população. Trabalhou no município de Maquiné, Rio Grande do Sul, Brasil, na Equipe de Saúde da Família (ESF) Morro Alto. Atuou em duas Unidades Básicas de Saúde, sendo que ambas compõem a ESF Morro Alto e estão às margens da BR – 101, Zona Rural do município. A unidade situada na localidade denominada Prainha, era composta por uma população de aproximadamente 1000 habitantes que moravam, ou junto à BR, ou entre os morros e a lagoa dos Quadros. Esta região tinha uma paisagem pitoresca, porém entremeada de ruas sem pavimentação e de acesso difícil, onde encontravam-se principalmente aposentados, que retornaram às suas origens, pescadores e agricultores, com predomínio do cultivo da banana e da agricultura familiar. Na localidade, contávamos com uma Escola Estadual de Ensino Fundamental. Não havia creches ou Escola de Ensino Médio na região, tendo que a população se deslocar até a área central do município, que ficava a cerca de 10km. Havia um clube de mães, que organiza eventos no salão paroquial da igreja. A população jovem trabalhava na agricultura, em serviços gerais e muitos se deslocavam para as cidades vizinhas do litoral, durante o veraneio, para trabalhar na temporada. A demanda por médicos era grande no posto de saúde, maior que a procura por consulta de enfermagem ou

odontologia. Os atendimentos médicos eram bem variados, desde verminoses, passando por doenças dermatológicas até acompanhamento de doenças crônicas; na população idosa, a hipertensão é prevalente. Além disso, na comunidade havia um número expressivo de fumantes, que utilizavam o tabaco tanto na sua forma mais comum (cigarro), quanto na forma de palheiro. A saúde mental também era uma questão complicada na região, pois não havia Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou serviços psiquiátricos no município. Dessa forma percebeu-se a importância de uma equipe de saúde coesa e engajada, para suprir essa carência do município.

A unidade da localidade Morro Alto, localizada às margens da BR – 101 era rodeada por morros e lagoas e contava com uma população de aproximadamente 2000 habitantes. A população trabalhava em municípios vizinhos, em atividades do setor secundário ou terciário. A agricultura era de subsistência, mas já existiam alguns pequenos produtores que investiam na cultura orgânica e que abasteciam de modo informal a vizinhança. Na área de abrangência havia uma creche, uma Escola de Ensino Fundamental e a formação de grupos de mães e da terceira idade, que se reuniam no salão paroquial da igreja. A população procurava frequentemente atendimento médico, mas diferentemente da Prainha, esses buscavam de forma mais intensa consultas com enfermagem e atendimentos odontológicos, mas ainda assim predominavam as consultas médicas. Na área havia um número expressivo de hipertensos e diabéticos.

Devido ao acesso menos privilegiado e às dificuldades inerentes à população da Prainha, considerou-se de grande valor poder auxiliá-los implementando um grupo de tabagismo, pois na unidade nunca havia sido criado qualquer grupo similar a este. Dessa forma, para auxiliar nesse processo de cessação do tabagismo e poder aproximar a população da equipe de saúde, surgiu essa proposta, realizada em conjunto com a Equipe de Saúde. O objetivo da proposta consistia em reunir a parcela da comunidade que fazia uso do tabaco e sentia-se motivada a trocar experiências, tendo a intenção de parar com o uso do tabaco, e assim poder apresentar hábitos mais saudáveis à população e consequentemente melhorar a qualidade de vida, reduzindo a incidência de doenças crônicas na população.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Era mais uma tarde chuvosa, em uma terça-feira, do mês de agosto. Estávamos já no segundo encontro do Grupo de apoio para cessação do tabagismo, que iniciara com oito participantes, muito empolgados e dispostos a se livrar de vez desse “maldito vício”, como eles mesmos diziam. No momento em que estávamos discutindo sobre as dificuldades de parar de fumar, adentra a porta do saguão principal, do Posto de Saúde, uma mulher, de cabelos molhados pela chuva, desgrelhados e grisalhos, olhos grandes e amendoados, pele branca, rosada, com sinais de exposição excessiva ao sol, corpo robusto, escondido por uma capa de chuva amarela, a qual desculpou-se toda esbaforida, pois não sabia que naquela tarde haveria qualquer atividade diferente por ali. Referiu estar vindo ao posto de saúde para verificar a sua pressão. Nesse momento, nosso técnico de enfermagem pediu licença ao grupo, para verificar a pressão da paciente. Percebendo que, dona Antônia¹, utilizava muito pouco a unidade e verificando que a sua pressão estava um pouco alterada, ele solicitou para a mesma que permanecesse sentada por mais alguns minutos, já que esta referiu ter feito uso de um cigarro na varanda de casa enquanto aguardava a chuva estiar e, após, seguiu a passos largos pela estrada de chão, por cerca de 15 minutos, até chegar ao Posto de Saúde.

A essas alturas, já estávamos no encerramento daquele encontro semanal do grupo e todos os participantes já haviam programado a sua data de parada. Dona Antônia percebeu que havia muitos conhecidos no grupo e ouvindo os últimos comentários, curiosa, chamou a enfermeira, a qual já conhecia, e fez vários questionamentos: sobre a nova médica do posto e sobre como essas pessoas que estavam participando do grupo estavam há tantos dias sem cigarros. A enfermeira lhe respondeu que havíamos iniciado na semana passada esse grupo, para auxiliar aqueles que intentam parar de fumar. Falou também que o grupo foi organizado há cerca de um mês de atrás, através de reuniões com a Equipe de Saúde e divulgação por meio de cartazes e “boca a boca”, para chegar aos ouvidos da maioria da população, sendo uma pena que a senhora Dona Antônia não tenha sido informada a tempo. Antônia retruca que havia ficado sabendo por um vizinho sobre o grupo, mas que só vem ao posto de saúde quando está doente ou quando precisa trocar a receita médica. Além do mais, ela teria vergonha de expor seus problemas para tantas pessoas. A Enfermeira, então, argumenta que Dona Antônia deveria marcar uma consulta com a nova médica, para conhecê-la melhor e averiguar o porquê de sua pressão estar um pouco elevada. Nesta consulta, poderia aproveitar e falar da questão do cigarro também.

¹ Nome fictício.

Termina dizendo que a receita de remédios para controlar a pressão estaria próxima do vencimento. Antônia concorda, por fim, em agendar uma consulta para ver essas questões, mas frisa que não gosta muito de remédios, tampouco de conversas.

Na segunda-feira seguinte, pela manhã, dona Antônia chegou ao posto de saúde, para sua consulta médica, um pouco contrariada, pois não gosta da ideia de ter que agendar uma consulta, afinal, ninguém escolhe o dia de ficar doente; embora a Agente de Saúde tivesse lhe explicado sobre o funcionamento de um ESF. Dona Antônia, neste dia, foi a primeira a ser chamada ao atendimento, pois foi a primeira paciente a chegar - ainda não havia chegado nenhum caso que exigisse atendimento imediato - e a mesma estava ansiosa pela consulta. Ao adentrar o consultório, foi examinada pela autora, a qual a estimulou a falar um pouco sobre sua vida. Dona Antônia contou que estava 42 anos, era a caçula de uma família de cinco irmãos, trabalhava na roça. Era proprietária de um pedaço do “morro” que era dividido entre os irmãos e tinha seu próprio bananal, no qual trabalhava de segunda à sábado, mas também cuidava de sua horta e de um pequeno pomar, juntamente com suas duas filhas: Laura e Luiza² (ambas com 13 anos de idade) e seu enteado de 16 anos. Aos sábados, e alguns domingos, ia à feira, juntamente com sua família para vender seus produtos ecológicos, em uma cidade vizinha. As filhas estudavam no nono ano e o enteado havia abandonado largou os estudos para ajudar na roça. Antônia era viúva há 8 anos e desde então teve sustentar a família, tornando-se a chefe da casa. Sua mãe teve um acidente vascular cerebral (AVC) aos 53 anos, o qual lhe tirou a vida, e seu pai era cardiopata mas ainda trabalhava na lida. Antônia disse que apesar do sofrimento com a perda de sua mãe, sua infância foi feliz junto ao pai e irmãos. Ambos eram muito unidos e dividiam, sem privilégios por ela ser a única filha mulher, o trabalho da roça. Um dos hábitos que ela trazia desde a mocidade era o uso do cigarro; observou, durante a conversa, que via seus pais fumando e que, com 12 anos, juntamente com os irmãos, começou a “pitar” – termo coloquial para fumar – seu primeiro palheiro. Desde então, nunca havia parado, com a exceção do período da gravidez das gêmeas, pois tinha medo que nascessem com malformações. Antônia perdeu o marido devido a um câncer de esôfago, que muitos diziam ser devido ao consumo de álcool e ao cigarro. Antônia não trazia queixas do falecido marido, pois disse que ele só bebia álcool nos finais de semana e que ficava quieto, sem incomodar ninguém. Tinha boas lembranças. Referiu-se que o marido havia deixado a ela os bens mais preciosos: suas filhas e seu

² Nomes fictícios.

enteado. Disse ter uma rotina bem corrida, para conseguir colocar tudo em dia, mas que não trocava pela rotina da cidade. Quando em casa, Antônia preparava doces de compota e cozinhava para os familiares. Quando estava calor, todos se reuniam na lagoa para um bom banho e para assar um churrasco.

Na avaliação médica constatou-se altura de 1,72m, peso 86kg; TA 140/95. Em uso irregular de Enalapril® (10mg, 1cp/dia) e ACO combinado. Queixou-se de tosse seca persistente, desde que iniciou o anti-hipertensivo (cerca de 2 anos antes da consulta), e dores nos joelhos, eventualmente, além de inchaço frequente nas pernas. Declarou ter cansaço aos esforços e falta de ar eventualmente. Na avaliação, foram solicitados os exames de electrocardiograma (ECG), hemograma, colesterol sérico e frações, glicemia de jejum, triglicérides, EQU, microalbuminúria, uréia e creatinina séricas. Os resultados que se apresentaram fora dos padrões de referência foram a dosagem de triglicérides (202) e glicose sérica 132.

Na consulta, após a revisão, Antônia foi orientada sobre as implicações que podem ter para sua saúde a combinação de tabagismo e uso de anticoncepcional oral, hipertensão, hiperlipidemia, hiperglicemia, obesidade e sedentarismo, aliados a seu histórico familiar de doença cardiovascular. Muito assustada, pois ainda era muito jovem para se imaginar doente ou acamada, tendo uma família para sustentar sozinha, Antônia aceitou as sugestões da autora para controlar a alimentação e reduzir a ingestão de carboidratos simples, iniciar alguma atividade física, fazer uso regular das medicações e tentar abandonar o tabagismo. Antônia também aceitou participar do grupo de tabagismo, mesmo com certa resistência inicial, e recuperou o primeiro e o segundo encontro em consulta médica. O anti-hipertensivo foi substituído por Hidroclorotiazida (25mg, um comprimido ao dia), o que eliminou a tosse seca e reduziu a retenção de líquidos e o uso de ACO foi interrompido, com orientações sobre o uso de preservativos nas relações sexuais. Antônia começou a pedalar de bicicleta cinco vezes por semana, acompanhada das filhas, e começou a adicionar mais à dieta legumes e verduras cultivados na própria horta. Além disso, também aboliu o refrigerante na sua casa e as sobremesas diárias. No terceiro encontro do grupo, Antônia ficou calada, ouvindo o relato de seus vizinhos, sobre o que fizeram para diminuir a vontade de fumar. Ao final, decidiu contar um pouco de sua história e agendou a data para parar de fumar para o dia seguinte, momento no qual todos os participantes do grupo aplaudiram. Após avaliação em consulta médica do grau de dependência de nicotina – Fagerstron 7, grau elevado – iniciou-se tratamento com adesivo de nicotina de 21µg. Nos encontros subsequentes, todos relataram suas

dificuldades e também, melhorias na saúde, após algumas semanas com pouco ou nenhum cigarro. A felicidade foi geral por se sentirem capazes e perceberem melhoras, mesmo que sutis e em tão pouco tempo, nas suas vidas. No encerramento do quinto encontro, Antônia já estava há 14 dias sem cigarros e cinco dos seus colegas também já estavam sem cigarros pelo mesmo tempo. Alguns atribuíram seu sucesso à própria força de vontade e à oportunidade do compartilhamento, outros atribuíram às consultas individuais oferecidas após os encontros. Mas todos foram unânimes em atribuir grande parte do resultado ao empenho de toda a Equipe de Saúde E. M. pela iniciativa.

Três meses se passaram e no terceiro encontro mensal do grupo de manutenção, um pouco mais cedo, Antônia foi à consulta médica e trouxe os exames solicitados. Seguiu se exercitando e controlando a alimentação e já estava há quase quatro meses sem fumar. Teve uma recaída, quando descobriu que uma das gêmeas estava namorando na escola. Fez uso por seis semanas de adesivo de nicotina, escalonando de 21µg para 14µg e 7µg, além de participar dos grupos de manutenção. Contou que a tosse havia passado e estava respirando melhor, ficando muito mais disposta para o trabalho; o joelho incomodou nas primeiras semanas de exercício, depois parou de doer. Sentia-se muito menos inchada e as roupas antigas não lhe serviam mais. Estava fazendo exercícios até duas vezes ao dia, para compensar, pois observou que o apetite aumentara e o sabor dos alimentos estava melhor, então temia recuperar o peso. À avaliação, apresentou pressão arterial 120/80, peso 74kg, o mesmo peso que tinha antes de engravidar das gêmeas. Os resultados dos exames laboratoriais foram: glicemia 89; e triglicérides 126. Antônia ficou mais vaidosa, estava cuidando da pele, cortou e pintou os cabelos, passou a usar protetor solar quando sai de casa, e se animou até mesmo a ir a uma festa da igreja, desacompanhada dos filhos; referia ter dançado bastante, hábito que lhe era frequente na mocidade. Disse não ter sido nada fácil essa adaptação, mas que os filhos lhe ajudaram muito a vencer, pois o maior sonho deles era ver a mãe livre do cigarro, com saúde e feliz. Apesar de toda a mudança na vida de Antônia, ela reconheceu que o processo não foi fácil e que a luta contra o tabagismo tem que ser diária. Qualquer descuido, ou situação difícil na família, poderia deflagrar o retorno ao velho hábito. Mas o mais importante foi que Antônia reconheceu o tabagismo como uma doença e soube que a existência de uma rede de apoio - família, grupo – torna-se fundamental para vencer os momentos difíceis.

O tabagismo foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, epidêmica, sendo a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (WHO, 2002). Além disso, o tabaco se enquadra no

grupo das drogas psicoativas, as quais causam alterações de comportamento, humor e cognição (CARLINI AT AL. 2001). Essa substância pode levar à tolerância, quadro no qual existe a necessidade de consumir doses mais elevadas da substância, para usufruir dos mesmos efeitos iniciais. Outro efeito indesejado é a fissura, que ocorre quando o indivíduo cessa repentinamente o uso do tabaco, fazendo-o sentir necessidade incontrolável do uso da substância. A síndrome da abstinência caracteriza-se por sintomas como agitação, irritabilidade e cefaleia. A tolerância e a síndrome de abstinência são alguns dos sinais que caracterizam o quadro de dependência, proporcionado pelo uso do tabaco.

É considerado tabagista o indivíduo que faz uso regularmente de pelo menos um dos produtos do tabaco fumado, independentemente do tempo em que fuma (Brasil, 2011). É considerado dependente de nicotina o tabagista que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses: forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina; dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo; quando o uso da substância (nicotina) cessar ou for reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga; necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância; abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos; persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde (Washington, USA, 1994).

O grau de dependência à nicotina pode ser avaliado através do Teste de Fagerström, que avalia o consumo de cigarros. Este teste consiste em seis perguntas, havendo uma pontuação para cada resposta. Ao final do teste, soma-se a pontuação das respostas e se avalia o grau de dependência física do indivíduo, que vai de zero (muito baixo) até dez (muito elevado).

O tratamento da dependência à nicotina tem como base a técnica da abordagem cognitivo-comportamental, definida como um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinadas situações. Em relação ao tabagismo, a abordagem deve ter como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessas situações, visando não só a cessação do tabagismo, mas também a

prevenção de recaídas. Em casos específicos podem ser utilizados medicamentos que servem de apoio a essa abordagem (MS/ INCA, 2001).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio - cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006). Dessa forma, o papel da Equipe de Saúde da Família tem papel de destaque, no acompanhamento dos pacientes que fazem uso do tabaco.

O grupo de tabagismo deve ser iniciado após a capacitação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e a apresentação aos demais membros da equipe sobre os malefícios do uso do tabaco e do papel primordial da Equipe de Saúde nesse contexto de promoção de saúde. A equipe toda deve divulgar para a população os objetivos do grupo quanto ao auxílio à cessação do tabagismo. O grupo terá encontros semanais com duração de cerca de 90 minutos, no primeiro mês, embasado na cartilha distribuída pelo Ministério da Saúde “Deixando de Fumar sem mistérios”. Durante essa fase intensiva, haverá informação sobre o tabaco, apresentação de medidas de auxílio para enfrentar essa fase, como: técnica de respiração e relaxamento, incentivo a medidas para uma melhor qualidade de vida, como atividade física e alimentação saudável, além do apoio mútuo entre participantes e equipe. O ideal é que todos os usuários que estejam em processo de cessação do tabagismo, sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência onde os riscos de recaída são maiores. O grupo sugeriu que o paciente que está em processo de cessação do hábito de fumar retorne para

acompanhamento em pelo menos três momentos durante os seis meses subsequentes à parada de fumar. Esses retornos podem acontecer, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, no 1º, 3º e/ou 6º mês.

A abordagem específica/intensiva (abordagem em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar) pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato nas quatro primeiras sessões. Para o cronograma de acompanhamento após as quatro primeiras sessões, tanto em grupo como individual, sugere-se retorno em 15 dias; 30 dias; 60 dias; 90 dias; 180 dias; 12 meses. A abordagem dos fumantes que recaíram após uma abordagem básica/mínima deve ser feita sem críticas, analisando-se as circunstâncias de recaída, retornando ao processo da abordagem cognitivo-comportamental, e estimulando-o a tentar novamente. Caso o profissional julgue necessário, poderá encaminhá-lo para a abordagem específica/intensiva. Para reforçar a abordagem, o profissional de saúde pode fornecer material educativo, específico para o fumante, bem como orientá-lo a buscar apoio através do serviço Disque-Saúde/Ministério da Saúde, pelo número 0800 61 1997. No que tange à abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar, primeiro avaliam-se os motivos pelos quais um indivíduo não deseja parar de fumar, podendo ser eles: 1) falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabagismo; 2) falta de recursos financeiros; 3) crenças e receios relacionados ao processo de cessação; 4) insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas; 5) não desejam realmente. Qualquer que seja a razão, esses pacientes poderão mudar seu nível de motivação através de intervenções motivacionais, que podem ser sistematicamente feitas por profissionais de saúde durante as suas consultas de rotina. Na abordagem do não-fumante deve ser perguntado se convive com fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho. Em caso afirmativo, ele deve ser esclarecido sobre os riscos da exposição tabagística ambiental, correlacionando-a com a doença apresentada atualmente ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição. Se possível, devem receber material esclarecendo sobre tabagismo passivo. Esta abordagem pode ser feita com crianças a partir de cinco anos de idade, com informação e linguagem adequada à faixa etária (Brasil, 2001).

Outra alternativa disponível e que deve ser oferecida, principalmente nos casos em que o paciente tem muita dificuldade de acesso ao Posto de Saúde, é o 132, serviço via telefone, antigo VIVAVOZ, um serviço gratuito, anônimo, confidencial e que funciona 24 horas por dia. Fornece orientações e informações sobre drogas, além de prestar aconselhamento aos familiares que tenham parentes envolvidos com drogas; este serviço presta assistência à saúde via telefone e informa locais para tratamento, conforme a conveniência do indivíduo que procura o Serviço (Fonte: site UFCSPA).

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

Ao longo dos meses de trabalho, no Posto de Saúde da Família (PSF) Morro Alto, a autora foi conhecendo melhor o perfil da população atendida, através das consultas, visitas domiciliares e palestras que administrava. Dessa forma, pôde compreender melhor a realidade daquela população e, assim, aprimorar estratégias que fossem viáveis para promover melhoras na qualidade de vida.

A questão do tabagismo estava presente na população, por isso a autora começou a questionar os usuários sobre seu conhecimento a respeito dos malefícios do uso do cigarro. Percebeu, com isso, que a grande maioria reconhecia o risco potencial do cigarro, mas de forma simplista: quase todos apontavam o tabagismo como causador de doenças pulmonares, mas não o reconheciam, por exemplo, como doença mental. Na região, a questão geográfica era um empecilho para os usuários utilizarem o posto de saúde, somado à questão de o atendimento da Equipe de Saúde funcionar somente em um turno. Muitos moradores da região depararam-se com a dificuldade de locomoção, pois alguns não possuíam veículo próprio e não havia transporte através de ônibus para fazer o deslocamento da população. Foi percebido pela autora que a falta de acessibilidade era um fator importante para a não interação Usuário/Equipe de Saúde.

De forma a integrar os usuários e promover saúde, idealizou-se o grupo de tabagismo. Primeiramente, para reduzir a abstenção, divulgamos o grupo através de participação ativa de toda a comunidade. Partindo do princípio de que a população era pequena e da relação de parentesco ou vizinhança, muitos souberam da realização do grupo e além disso, ampliou-se o vínculo entre a própria população, pois incentivamos aqueles que possuíam familiares ou vizinhos tabagistas, a os acompanharem ao grupo - o

que conseqüentemente facilitaria o deslocamento. Após, procuramos divulgar o início com antecedência, para que todos pudessem programar a sua ida ao posto de saúde.

Após vencida a primeira dificuldade, relacionada à acessibilidade, coube aos profissionais o acolhimento junto ao grupo de tabagismo e a apresentação do tabagismo como doença de saúde mental e que, como tal, necessita de auxílio. A continuidade do tratamento inclui presença nos grupos, avaliação do grau motivacional, escala de Fagerström e a avaliação da necessidade de uso de medicações concomitantes.

Baseado nas prerrogativas abordadas pelo Caderno de Atenção Básica (2015), o controle do tabaco é um exemplo de expressão da integralidade, pois exige medidas de promoção (como hábitos saudáveis de vida), prevenção (como a restrição de publicidade e venda do tabaco), cura (o próprio tratamento do tabagismo) e reabilitação (reabilitação pulmonar em pacientes com complicações do tabaco). Nesse âmbito, pode-se atuar juntamente com o grupo de tabagismo, na apresentação de medidas de promoção de saúde (por exemplo, incentivo à atividade física, alimentação saudável e autocontrole para fatores estressores). Tais fatores são tão importantes quanto a busca pela cura (neste caso, a cessação do tabagismo), pois sabemos que a introdução de hábitos saudáveis, por si só, contribui com a redução de doenças crônicas.

4 VISITA DOMICILIAR

No território de abrangência da autora, as visitas domiciliares eram feitas a doentes crônicos acamados ou com dificuldades de deambulação; muitas vezes, devido a já conhecida dificuldade de deslocamento, eram abertas algumas exceções. A marcação era feita geralmente via telefone e as vagas iam sendo preenchidas conforme a localidade a ser atendida naquela semana, pois eram atendidas duas áreas bem amplas. Intercalava-se a cada semana uma visita à população do Morro Alto e da Prainha. No geral o número de atendimentos ficava em torno de quatro, porém, quando necessário e a distância permitia, esse número poderia aumentar um pouco; algumas vezes, tinha-se que limitar ainda mais esse número, pois o carro que nos atendia, também era o responsável pelo deslocamento da população até a cidade vizinha a fim de levar os pacientes à hemodiálise. Para a realização das visitas domiciliares, nos dividíamos da seguinte forma: o Enfermeiro ou o Técnico permanecia no posto e o outro, deslocava-se juntamente com o Médico, e algumas vezes com o Agente Comunitário até os domicílios. A visita costumava ser um

momento de adentrar a intimidade da família e conhecer um pouco mais da realidade de cada paciente. Além de atender o paciente que solicitou a consulta, acabávamos por auxiliar também os familiares e/ou cuidadores, que na maioria das vezes não buscavam ajuda na rede básica, mas eram, porventura, os que mais precisavam de apoio. Diversos trabalhos na literatura indicam que os cuidadores precisam de maior suporte das equipes. Assim, os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar (AD), sejam eles nas equipes de atenção básica ou nas equipes de atenção domiciliar, devem oferecer suporte à família e ao cuidador, conhecer o domicílio e a família, os recursos disponíveis da família e da comunidade, tendo em vista que não permanecem no domicílio em tempo integral e que muitas dessas pessoas acabam assumindo o papel de cuidador de maneira repentina e sem preparo para exercê-lo (CAD, 2012).

Os momentos com a família costumavam ser bem produtivos, éramos muito bem recebidos e geralmente esperados com bastante ansiedade e uma xícara de café. Costumávamos conversar com todos os membros da família e, em caso de ser avaliada alguma situação delicada no âmbito familiar, buscávamos discutir em equipe qual seria a melhor forma de abordagem. Geralmente convidávamos o indivíduo em questão a ir até o PSF, para uma abordagem multidisciplinar ou avaliação médica. Em relação ao tabagismo, as visitas nos ajudaram não só a divulgar, mas também a entender o contexto familiar do uso do tabaco e com isso criar estratégias mais efetivas para cada perfil familiar.

5 CONCLUSÃO

A oportunidade de participar do PROVAB proporcionou a ampliação de horizontes em relação a um contexto mais amplo – a Medicina de Família. Durante o curso de Medicina, costumávamos sistematizar o aprendizado e demorávamos algum tempo para ter a capacidade de avaliar de forma global o indivíduo; o estágio na Medicina de Família, ainda durante o internato, nos proporcionou esse tipo de avaliação, porém por um período muito curto da nossa vida acadêmica. O estágio em Medicina de Família foi um dos melhores de toda o período da graduação, apesar da sua brevidade e de optar por uma área de especialização mais técnica, trouxe grande satisfação poder participar de um contexto familiar e tratar indivíduos em todos os ciclos de vida, da infância à velhice

tendo a chance de contribuir para desfrutarem, da melhor forma possível, de cada uma das fases da vida humana.

Em um período de incerteza, pós prova da residência, a inscrição no PROVAB surgiu como uma boa oportunidade de trabalhar em uma área que muito me fez sentir útil, antes de dedicar-me à minha especialidade. Durante a especialização em Saúde de Família, foi aprendido sobre epidemiologia, a buscar informações sobre a saúde da população e, através desses dados, a elaborar as abordagens mais adequadas a cada necessidade. Aprendeu-se, sobretudo, o manejo das doenças físicas e mentais e, também, o quão importante é a empatia com o paciente. Compreendeu-se, ao longo da experiência em atenção básica, que saber ouvir é, na maioria das vezes, mais importante do que intervir. Neste contexto, foi idealizado pela autora, junto à Equipe de Saúde, o grupo de tabagismo, que era uma necessidade da população e o qual nos proporcionou um retorno muito grande, não só pelo número de pacientes que chegaram ao final, mas principalmente pela consequente melhora na qualidade de vida e pela maior coesão com a Equipe de Saúde.

No meio de tantas incertezas, em um período de transição, creio ter feito a escolha certa; cada dificuldade enfrentada, e foram muitas: mudança de cidade, responsabilidade do trabalho com duas populações distintas, a especialização em Saúde da Família, o estudo para a prova da Residência Médica, foi o trampolim para que eu voasse mais alto, vencesse meus medos, descobrisse meus potenciais e chegasse com muito orgulho ao meu objetivo – iniciar a Residência Médica. A meta foi cumprida, e o caminho que me levou até ela foi tão bom quanto o já imaginado, há alguns anos atrás, durante a Graduação. A experiência no PROVAB só confirmou aquilo que eu já sabia – que todo médico deveria ter a oportunidade de passar pela experiência de atuar como Médico de Família. O sistema não é perfeito, há muita espera e ansiedade por parte da população, há muitas demandas, que demoram para ser atendidas, há a contratransferência. No final dessa experiência, a sensação que fica é a de exaustão, mas uma exaustão boa, aquela em que sabemos que nos doamos de coração e que fizemos a diferença para muita gente e que muita gente fez a diferença em nossas vidas também, contribuindo tanto para o nosso crescimento profissional quanto para o crescimento pessoal.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV; Washington, USA, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicoativas - o que são e como agem. **Revista Do Instituto De Medicina Social E De Criminologia De São Paulo**, São Paulo, n. 3, p. 9-35, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer / Organização Pan-Americana da Saúde: Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab. Relatório Brasil; Rio de Janeiro, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011 – Convenção- Quadro para o Controle do Tabaco. Texto Oficial, Rio de Janeiro, RJ.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002. **The World Health Report: Reducing Risks and Promoting Healthy Lifestyles**. Geneva, Switzerland.

APÊNDICE A - PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Simone Oliveira Medeiros

IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA AUXÍLIO À POPULAÇÃO, NO
ABANDONO AO TABAGISMO, ATRAVÉS DO VÍNCULO COM A EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA.

Maquiné - RS
Novembro, 2016

RESUMO

Introdução: a prática do tabagismo está entre um dos principais fatores de risco para doenças crônicas. Tanto que, a Organização Mundial da Saúde, elaborou o primeiro tratado de saúde pública: a Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) (MS/INCA, 2011) visando evitar as consequências do tabagismo à nível populacional. O tabagismo se enquadra no grupo de doenças mentais e comportamentais, devido aos efeitos psicogênicos da nicotina. Assim, necessita-se de estratégias comportamentais e dinâmicas de grupo, a fim de obtermos sucesso na intervenção. Tem-se, a nível da atenção básica, um acesso facilitado aos usuários do SUS às medidas de prevenção, dessa forma sendo a capacitação e a união da Equipe de Saúde da Família de primordial importância, para uma efetiva redução do número de tabagistas, evitando assim, doenças precipitadas ou decorrentes do seu uso. Metodologia: capacitação da Equipe de Saúde, reunião com toda a equipe, para enfatizar a importância de rastreio da população tabagista e o oferecimento de informação sobre o tabaco, oferecimento de atendimento médico e grupos semanais para auxílio na cessação do tabagismo, sendo os últimos, com um encontro semanal no primeiro mês e encontros mensais, para manutenção. Resultados esperados: fortalecer o laço Equipe de Saúde – Comunidade; capacitar a Equipe de Saúde para o atendimento de pacientes tabagistas; reduzir o número de pessoas que se expõem ao cigarro, assim evitando suas consequências nocivas à saúde.

Palavras-chave: Tabagismo, atenção básica à saúde, equipe de saúde da família, capacitação ao tabagismo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
.....		25
2	PROBLEMA	
.....		26
3	JUSTIFICATIVA	
.....		26
4 OBJETIVOS		27
5 REVISÃO DE LITERATURA		28
6 METODOLOGIA		32
7 CRONOGRAMA		33
8 RECURSOS NECESSÁRIOS		33
9 RESULTADOS ESPERADOS		34
REFERÊNCIAS		35

1 INTRODUÇÃO

Maquiné, é um município gaúcho, litorâneo, fora da orla marítima, localizado no sopé da Serra do Mar, e distante 140 km da Capital, Porto Alegre. A população consta de aproximadamente 7000 habitantes. A economia é predominantemente rural, sendo a banana, um dos principais cultivos. Tem também, no turismo ecológico, devido a suas lagoas e cachoeiras, um mercado promissor ao desenvolvimento econômico. (Informal)

O município consta de uma Unidade Básica de Saúde, na sede do município, e duas unidades de Estratégia da Saúde da família. A subpopulação pertencente à Unidade de Saúde Morro Alto, localizada às margens da BR 101 e da lagoa dos quadros, na localidade designada Prainha, contempla uma população cujo principal meio de subsistência é a pesca e a agricultura, principalmente o cultivo da banana; há uma população expressiva de idosos que residem juntamente com seus familiares, perpetuando a prática agrícola. Essa mesma população, encontra entraves para deslocar-se até a unidade de saúde, pois a população reside em área rural, com estradas de acesso único e sem pavimentação; tal situação, dificulta a comunicação e adesão da população a medidas implantadas na Unidade Básica, as quais não sejam as tradicionais consultas. Dessa forma, faz-se necessário um real engajamento da Equipe de Estratégia de Saúde de Família, a fim de divulgar, incentivar e facilitar, o acesso da população às atividades realizadas (Informal).

Uma das práticas bastante disseminadas entre a população é o uso do tabaco, devido ao próprio fator cultural. Sabe-se que o tabaco é fator de risco importante para o desenvolvimento de inúmeras doenças crônicas, as quais podem ser potencialmente prevenidas com o abandono da prática. Para a obtenção de tais benefícios, faz-se necessária a implantação de grupo de tabagismo e acompanhamento médico individual baseado na terapia cognitiva comportamental, que se mostrou amplamente eficaz no sucesso da terapia. A ampla divulgação na comunidade, por meio das agentes de saúde e equipe de saúde bucal e médica é estritamente necessária para uma maior divulgação e adesão. Além disso, o engajamento das Equipes, proporciona uma maior sensação de acolhimento por parte dos participantes, o que é de fundamental importância nesse complexo processo, que é o de cessação do tabagismo. A questão do tabagismo é um processo, e como tal necessita de acompanhamento continuado, sendo assim necessário, além de uma abordagem intensiva, com encontros semanais, grupo de manutenção e

acompanhamento individual periódico, através de consultas, visitas das agentes ou mesmo telefonemas.

Em um primeiro momento, é necessária a realização da capacitação ao tabagismo, pelo médico e enfermeiro.

Em um segundo momento, apresenta-se a toda a equipe de saúde, através de reunião, os principais pontos a serem abordados, que são:

- A Alta prevalência do tabagismo na população;
- A íntima relação do tabagismo com as doenças crônicas;
- A necessidade de maior disponibilidade da equipe para orientar sobre o tabagismo e/ou oferecer aos pacientes avaliação médica, através da visita das agentes de saúde, consultas de enfermagem e atendimento odontológico.

Por fim, após divulgação e orientação à população tabagista, se inicia o grupo de apoio à cessação do tabagismo (conforme orientado pelo manual do Ministério da Saúde) com abordagem intensiva e encontros semanais, durante o primeiro mês, e consulta médica, com avaliação do grau de dependência ao tabagismo e avaliação da necessidade de uso de medidas farmacológicas. Após esse período, faz-se encontros mensais com os participantes, além de possibilidade de abordagem individual, quando necessário. Também se incentiva àqueles que tem dificuldade de acesso ao Posto de Saúde, a contatarem, via telefone, serviços que auxiliam ao processo de parada do tabagismo.

O conhecimento quando passa a ser compartilhado, transforma-se em uma ferramenta potencialmente mais efetiva, trazendo união e empatia aos diferentes colaboradores. Dessa forma, aumentamos a chance de atingir os objetivos propostos, pelo simples fato de delegar funções e atribuir responsabilidades a cada membro da equipe.

2 PROBLEMA

A alta prevalência do tabagismo, associado à dificuldade da população em obter comunicação e vínculo com a equipe de saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Devido a alta prevalência do tabagismo, associado às dificuldades que a população enfrenta para conectar-se à Equipe de Saúde da Família, é proposto o

engajamento de toda a equipe de saúde, visando contatar e vincular-se a população local, a fim de orientá-los sobre os perigos do tabaco e promover aquilo que de melhor se faz em uma Estratégia da Saúde da Família: a promoção da saúde, tendo como resultado uma melhora da qualidade de vida da comunidade.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Auxiliar a população, visando melhoria na qualidade de vida, a cessar o tabagismo. Implantar grupo de tabagismo com apoio e divulgação da Equipe de Saúde Bucal, Equipe Médica e Agentes Comunitários.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar capacitação ao tabagismo, por médico e enfermeiro.
- Realizar capacitação informal de toda a Equipe de Saúde da Família, através de reunião, tendo como tema: as consequências do tabagismo, tabagismo como problema de saúde pública, dificuldades do abandono do uso do tabaco devido a dependência física e psicológica e formas de abordagem para divulgação do grupo.
- Avaliar, através de consulta médica: motivação, nível de dependência física, indicação e/ou contra - indicações de apoio medicamentoso, comorbidades psiquiátricas e história clínica.
- Implementar acompanhamento individual para aqueles que não puderem participar dos grupos, com auxílio da Terapia Cognitivo Comportamental.
- Iniciar uso de medicações: adesivo de nicotina e/ou bupropiona, à critério médico, segundo categoria de dependência à nicotina.
- Acompanhar o processo de evolução, através de grupo de manutenção, atendimentos individuais, visitas das Agentes de Saúde e telefonemas;
- Orientar àqueles com bom nível de motivação, ao abandono da prática, e oferecer aconselhamento telefônico, via 132 e 0800 61 1997.

- Melhorar o vínculo entre equipe/equipe e equipe/comunidade.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, epidêmica, sendo a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (WHO, 2002). Além disso, o tabaco se enquadra no grupo das drogas psicoativas, as quais causam alteração de comportamento, humor e cognição (CARLINI AT A.,2001). Essa substância, pode levar à tolerância, quadro no qual existe a necessidade de consumir doses mais elevadas da substância, para usufruir dos mesmos efeitos iniciais. Outro efeito indesejado é a fissura, que ocorre quando o indivíduo cessa repentinamente o uso do tabaco, fazendo-o sentir necessidade incontrolável do uso da substância. A síndrome da abstinência é caracterizada por sintomas como: agitação, irritabilidade e cefaleia. A tolerância e a síndrome de abstinência são alguns dos sinais que caracterizam o quadro de dependência, proporcionado pelo uso do tabaco.

É considerado tabagista o indivíduo que faz uso regularmente de pelo menos um dos produtos do tabaco fumado, independentemente do tempo em que fuma (Brasil,2011). É considerado dependente de nicotina o tabagista que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:

A - Forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;

B - Dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;

C - Quando o uso da substância (nicotina) cessar ou for reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;

D - Necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;

E - Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;

F - Persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde (Washington, USA, 1994).

O grau de dependência à nicotina pode ser avaliado através do Teste de Fagerström que avalia o consumo de cigarros. Consiste em seis perguntas, havendo uma pontuação para cada resposta. Ao final do teste, soma-se a pontuação das respostas e se avalia o grau de dependência física do indivíduo, que vai de zero (muito baixo) até dez (muito elevado).

Figura 1. Teste para dependência de nicotina de Fagerstrom.

	QUESTÕES	RESPOSTAS	PONTOS
1	Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?	Após 60 minutos.	0
		31-60 minutos	1
		6-30 minutos	2
		Nos primeiros 5 minutos	3
2	Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: local de trabalho, igrejas, shoppings, etc.?	Não	0
		Sim	1
3	Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	Qualquer um	0
		O primeiro da manhã	1
4	Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	0
		11-20	1
		21-30	2
		31 ou mais	3
5	Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	Não	0
		Sim	1
6	Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?	Não	0
		Sim	1
Pontuação			Leve: 0 a 4
			Médio 5 a 7
			Alto 8 a 10

Fonte: Heatherton et al., 1991.

O tratamento da dependência à nicotina tem como base a técnica da abordagem cognitivo-comportamental, definida como um modelo de intervenção centrado na

mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinadas situações. Em relação ao tabagismo, a abordagem deve ter como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessas situações, visando não só a cessação do tabagismo, mas também a prevenção de recaídas. Em casos específicos podem ser utilizados medicamentos que servem de apoio a essa abordagem (MS/INCA, 2001).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio - cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006). Dessa forma, o papel da Equipe de Saúde da Família tem papel de destaque, no acompanhamento dos pacientes que fazem uso do tabaco.

O grupo de tabagismo, deve ser iniciado, após a capacitação dos profissionais da Estratégia de Saúde da família e a apresentação aos demais membros da equipe dos malefícios do uso do tabaco e do papel primordial da Equipe de Saúde nesse contexto de promoção de saúde. A equipe deverá divulgar a população sobre o início do grupo para auxílio à cessação do tabagismo.

O grupo terá encontros semanais com duração de cerca de 90 minutos, no primeiro mês, embasado na cartilha distribuída pelo Ministério da Saúde “Deixando de Fumar sem mistérios”. Durante essa fase intensiva, haverá informação sobre o tabaco, apresentação de medidas de auxílio para enfrentar essa fase, como: técnica de respiração

e relaxamento, incentivo a medidas para uma melhor qualidade de vida, como atividade física e alimentação saudável, além do apoio mútuo entre participantes e equipe.

O ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência onde os riscos de recaída são maiores. O grupo sugeriu que o paciente que está em processo de cessação de fumar retorne para acompanhamento em pelo menos 3 momentos durante os seis meses subsequentes à parada de fumar. Esses retornos podem acontecer, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, nos 1º, 3º e 6º meses.

Abordagem específica/intensiva - abordagem em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato nas 4 primeiras sessões. Para o cronograma de acompanhamento após as 4 primeiras sessões, tanto em grupo como individual, sugerimos: a. 15 Dias b. 30 Dias c. 60 Dias d. 90 Dias e. 180 Dias f. 12 meses

Abordagem dos fumantes que recaíram após uma abordagem básica/mínima: Esses fumantes devem ser abordados sem críticas, analisando-se as circunstâncias de recaída, retornando ao processo da abordagem cognitivo - comportamental, e estimulando-o a tentar novamente. Caso o profissional julgue necessário, poderá encaminhá-lo para a abordagem específica/ intensiva. Para reforçar a abordagem, o profissional de saúde pode fornecer material educativo, específico para o fumante, bem como orientá-lo a buscar apoio através do serviço Disque-Saúde/Ministério da Saúde através do número 0800 61 1997.

Abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar: Vários podem ser os motivos pelos quais alguns fumantes não demonstram desejo de parar de fumar: 1. Falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabagismo. 2. Falta de recursos financeiros. 3. Crenças e receios relacionados ao processo de cessação. 4. Insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas. 5. Não desejam realmente. Qualquer que seja a razão, esses pacientes poderão mudar seu nível de motivação através de intervenções motivacionais, que podem ser sistematicamente feitas por profissionais de saúde durante as suas consultas de rotina.

Abordagem do não-fumante: a todo não-fumante deve ser perguntado se convive com fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho. Em caso afirmativo, ele deve ser

esclarecido sobre os riscos da exposição tabagística ambiental, correlacionando-a com a doença apresentada atualmente ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição. Se possível, devem receber material esclarecendo sobre tabagismo passivo. Esta abordagem pode ser feita com crianças a partir de cinco anos de idade, quando a informação e a linguagem à faixa etária (Brasil,2001)

Outra alternativa disponível e que deve ser oferecida, principalmente em casos, em que o paciente tem muita dificuldade de acesso ao Posto de saúde, é o 132, serviço via telefone, antigo VIVAVOZ, um serviço gratuito, anônimo, confidencial e que funciona 24 horas por dia. Fornece orientações e informações sobre drogas, além de prestar aconselhamento aos familiares com parentes envolvidos com drogas, presta assistência à saúde via telefone e informa locais para tratamento, conforme a conveniência do indivíduo que procura o Serviço (Fonte: site UFCSPA).

6 METODOLOGIA

1 – Realizar atividade de capacitação ao grupo de tabagismo (Médico e Enfermeiro).

2 – Discutir em reunião, sobre o impacto do tabagismo na saúde da população e buscar junto à equipe, formas de promover informação à população.

3 – Capacitar as Agentes de Saúde a fazerem uma abordagem ativa, aos fumantes, a fim de avaliar, informalmente, seu grau de motivação para abandonar o tabagismo e orientá-los a buscar maiores informações através de consulta médica.

4 - Avaliar o real grau de motivação, em consulta médica, orientar sobre os malefícios do tabaco e seguir a abordagem, conforme o grau de motivação:

4.1. Fase pré-contemplativa: expor riscos e ouvir, através de uma consulta empática, os agentes facilitadores ao uso do tabaco.

4.2. Encaminhar, ao grupo de tabagismo, os pacientes, com motivação.

5 - Agendar uma data para o início do grupo de tabagismo, com antecedência, para ampla divulgação e tempo hábil para realização de consulta médica inicial, para avaliação individualizada.

6 – Iniciar o grupo, e fornecer medicações, quando necessário.

7 - Dar seguimento as atividades de manutenção.

7 CRONOGRAMA

Proposta de ação à Equipe de Saúde Ações	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Set/16	Out/16	Nov/16	Dez/16
Participar da Capacitação ao Tabagismo	X						
Apresentar a proposta de ação à Equipe de Saúde	X	X					
Contatar os pacientes tabagistas, via Agentes de Saúde, Equipe Médica e Odontológica.		X	X				
Informar sobre grupo para auxílio à cessação do tabagismo		X	X	X			
Oferecer agendamento de consulta médica para avaliação, daqueles interessados na cessação do tabagismo			X	X	X		
Realizar consultas médicas					X	X	
Realizar encontros semanais						X	
Realizar encontros mensais de manutenção							X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização da proposta de elaboração de um grupo de apoio para auxiliar à cessação do tabagismo, são necessários recursos; entre eles podemos destacar:

- Participação da equipe: médico e/ou enfermeiro com a capacitação ao tabagismo.
- Disponibilidade da equipe de saúde para realização de reunião, para apresentação da proposta de intervenção.

- Orientação aos agentes de saúde e Equipe de Saúde Bucal, para que divulguem aos pacientes sobre possibilidade de consulta médica e participação em grupos, para auxílio à cessação do uso do tabaco.
- Disponibilidade de tempo, para contatar, possíveis integrantes, por parte de toda a equipe.
- Material: cartazes, distribuídos no posto de saúde, sobre malefícios do cigarro e informando sobre grupo de tabagismo; cartilhas disponibilizadas, pelo ministério da saúde – parando de fumar, sem mistérios - para embasar as reuniões do grupo.
- Adjuvantes: adesivo de nicotina 7µg; 14µg; 21µg; bupropiona 150 mg, fornecidos à farmácia do município, via ministério da saúde, e oferecidos, à critério médico.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Objetiva-se que através da participação em grupos, tratamento individualizado ou por meio de suporte via contato telefônico, oferecido pelo Governo Federal em parceria com Universidades, e por meio de medidas pró ativas, por parte de toda a equipe de saúde, através de busca ativa de potenciais participantes para o grupo de tabagismo, consiga-se otimizar o número de pessoas que obtenham informações sobre a nicotina e seus efeitos de dependência no organismo, conheçam um pouco sobre as substâncias tóxicas presentes no tabaco e seus efeitos deletérios no organismo humano; além do mais, espera-se que cada indivíduo desenvolva o autoconhecimento a fim de lidar da melhor maneira com os efeitos da desintoxicação e fissura a fim de abster-se precocemente do tabaco, reduzindo exponencialmente um dos principais fatores de riscos evitáveis para o desenvolvimento de doenças que aumentam a morbidade e a mortalidade da população, permitindo-se dessa forma que se obtenha uma melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV; Washington, USA, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicoativas - o que são e como agem. **Revista Do Instituto De Medicina Social E De Criminologia De São Paulo**, São Paulo, n. 3, p. 9-35, 2001.

HEATHERTON, T. F. *et al.* The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. **British Journal of Addiction**, London, v. 86, n. 9, p. 1119-1127, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer / Organização Pan-Americana da Saúde: Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab. Relatório Brasil; Rio de Janeiro, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011 – Convenção- Quadro para o Controle do Tabaco. Texto Oficial, Rio de Janeiro, RJ.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002. **The World Health Report: Reducing Risks and Promoting Healthy Lifestyles**. Geneva, Switzerland.