

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MAGNA SCHMOOR SALES

**IMPLANTAR GRUPO OPERATIVO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO
CRISTÓVÃO EM PINHÃO - PR**

PARANÁ

2019

MAGNA SCHMOOR SALES

**IMPLANTAR GRUPO OPERATIVO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO
CRISTÓVÃO EM PINHÃO - PR**

TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto.

PARANÁ

2019

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa primeiramente a Deus, autor do meu destino, companheiro de todos os momentos. Ele alimentou a minha alma com calma e esperança durante toda a jornada”;

AGRADECIMENTOS

“Sou grata a Deus, que em nenhum momento me deixou fraquejar ou desistir desse trabalho”.

“A melhor maneira encontrada pelo homem para se aperfeiçoar é aproximando-se de Deus” (Pitágoras);

RESUMO

O plano de Intervenção que trata do "TABAGISMO" é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Atualmente o tabagismo mata no Brasil 428 pessoas por dia, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, o maior peso é dado pelo câncer, doença cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica. Como objetivo geral pretende-se implantar grupo operativo do Tabagismo na ESF, os objetivos específicos são: Realizar busca ativa e cadastramento dos pacientes tabagistas no sistema do Ministério da Saúde; Realizar capacitação aos profissionais da ESF, médico, enfermeira, ACS, farmacêutico e técnicas de enfermagem. e por fim, Requerir junto a Secretaria de Saúde e farmácia básica, medicamentos e adesivos para o grupo de tabagistas. Implantar grupo operativo de tabagistas. A metodologia do presente estudo iniciou-se na, fase exploratória, onde foi abordado por meio do diagnostico da realidade o alto índice de tabagismo como o problema preconizado na ESF, devido alto numero de tabagistas e ainda graves complicações de pacientes que fumaram por muito tempo como o DPOC. Por fim, foram identificados os recursos críticos para a execução das operações planejadas. Assim, foram identificados os pontos que controlavam os recursos críticos em cada operação. O trabalho será inicializado em julho de 2019. Espera-se com o presente projeto de intervenção reduzir o número de tabagistas na unidade de saúde.

Palavras - Chave: 1.Tabagismo 2. Atenção Básica. 3.Promoção a Saúde.

ABSTRACT

The intervention plan that deals with “SMOKING” is a result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, funded by UNA-SUS. Currently smoking kills in Brazil 428 people per day, according to data from the National Cancer Institute, the largest weight is given by cancer, heart disease and chronic obstructive pulmonary disease. As a general objective is to deploy the operating group of smoking in the FHS, the specific objectives are: Perform active search and registration of smoking patients in the system of the Ministry of Health; to the FHS professionals, doctor, nurse, CHA, pharmacist and nursing technicians, and finally, Request from the Secretariat of Health and basic pharmacy, drugs and adhesives for the smokers group. The study began in the exploratory phase, where the high smoking This is the problem advocated in the FHS, due to the high number of smokers and still serious complications of long-term smokers like COPD. Finally, resources critical to the execution of planned operations were identified. Thus, the points that controlled the critical resources in each operation were identified. Work will begin in July 2019. The present intervention project is expected to reduce the number of smokers in the health unit.

Keywords: 1. Smoking 2. Primary Care. 3. Promotion to Health.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ESF- Estratégia de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA.....	<u>18</u>
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Objetivo geral	18
1.2.2	Objetivos específicos.....	18
1.3	METODOLOGIA.....	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	<u>20</u>
2.1	TABAGISMO	<u>20</u>
2.2	CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO.....	<u>20</u>
2.3	CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA	<u>22</u>
2.4	TRATAMENTO GRATUITO PARA PARAR DE FUMAR.....	<u>22</u>
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	<u>204</u>
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	26
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família São Cristóvão está localizado no bairro São Cristóvão do município de Pinhão-PR. A Equipe da ESF tem uma ótima relação de confiança com a população em que está inserida, sendo a principal interação realizada pelos ACS que a compõe, estes últimos, na sua maioria, são moradores do bairro e completamente comprometidos com a saúde e bem-estar dos moradores.

A Equipe está composta por: 01 medica, 01 enfermeiras, 01 técnicas de enfermagem, 01 auxiliares administrativa, 01 profissionais de serviços gerais, 08 Agente comunitário de saúde.

A ESF abrange uma grande extensão territorial que se subdivide em 9 micro áreas, sendo elas: São Cristóvão I, São Cristóvão II, Agua Verde II, Ivernadinha I, Ivernadinha II, Ivernadinha III, Bagio II, Dona Aurea, Dois Irmãos, Santa Terezinha.

O território, possui áreas sem saneamento básico, e outras com saneamento inadequado. As ruas são de chão, muitas sem manutenção adequada o que prejudica a tentativa de aproximação da equipe de saúde a estas localidades.

Também encontramos diversos tipos de classes sociais inseridas na população abrangida, sendo alguns com boa estrutura econômico, social e cultural, e outras em completo abandono.

A atenção de Saúde no município conta com: 09 ESF divididos entre Urbanos e Rurais, 01 Posto central com atendimento ambulatorial (nutricionista, odontologista, serviço social), 01 Hospital, · 01 Centro de atendimento Psicossocial (Psiquiatra), 01 Clínica de Fisioterapia, 01 Clínica medica especializada (Ortopedista, Dermatologista, Urologista, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia).

Contamos com um conselho municipal de saúde, no qual um morador da comunidade do ESF São Cristóvão participa como conselheiro. Ainda não

possuímos associações de moradores registradas porem alguns moradores são vistas como líderes e ajudam a população com reivindicações junto aos gestores.

O município conta com escolas municipais e estaduais, sendo no bairro São Cristóvão 2 escolas municipais e 1 CEMEI.

A educação e a saúde trabalham em parceria, sempre que necessário, as escolas solicitam palestras e orientações para estudantes bem como familiares; além da execução do PSE (programa saúde na escola) que tem um cronograma anual de atividades que devem ser realizadas nas escolas.

As principais vulnerabilidades identificadas na comunidade, são com relação a classe social, desemprego e vícios. A pobreza é uma das principais características, trazendo consigo a falta de saneamento básico e condições precárias, o desemprego e grande quantidade de pessoas com vícios "lícitos" como álcool e tabaco, pioram muito as condições de saúde de toda a comunidade.

O perfil demográfico no ESF São Cristóvão está distribuído segundo sexo em 1883 mulheres adultas e 1083 homens adultos; sendo um total de 2966 adultos, 236 crianças, 125 adolescentes e 660 idosos; desta população 90% estão localizados em zona urbana.

Em toda a comunidade não tivemos nenhum caso de mortalidade materna e 01 mortalidades infantil durante o último ano. Na população em geral tivemos 07 óbitos gerando uma taxa 1,7 óbitos por cada mil nascidos vivos na abrangência do ESF, tendo como principais causas de mortalidade na comunidade doenças crônicas como hipertensão e diabetes, acidentes cardiovasculares, causas externas e câncer. No caso da mortalidade infantil temos uma taxa de 7 óbitos por cada mil nascidos vivos e uma taxa de 0 com relação a mortalidade materna.

Falando sobre as doenças da comunidade, não tivemos nenhum caso registrado de tuberculose no último ano, e tão pouco de dengue e sífilis congênita. Já os pacientes de hipertensão Arterial Sistêmica no último mês tiveram uma prevalência de 10,2 pessoas para cada 100 pessoas da comunidade. O número total

de pacientes com doenças crônicas como diabetes e hipertensão somam 484 pacientes, dos quais uma grande parte comparece mensalmente ao centro de saúde para controle e também participam dos grupos de apoio ao hipertenso e diabético; entres as queixas mais comuns no consultório médico estão: Lombalgia, transtornos psicossociais, IVAS, ITU e infecções ginecológicas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Deste modo, justifica-se o presente estudo, pois, além das doenças e agravos acima descritos, há outra enfermidade que se destaca do ponto de vista epidemiológico, o tabagismo, tendo a DPOC como principal complicação.

Entre os serviços de saúde prestados, temos a cobertura vacinal que em relação as vacinas de rotina em menores de 1 ano estão em 95 % das crianças da comunidade; e também as consultas de pré-natal onde vemos uma ótima adesão com 98% das gestantes da comunidade com 7 ou mais consultas.

As informações epidemiológicas são trabalhadas pela equipe diariamente para a estratificação de risco da população, programação de encontros e apoio as doenças de prevalência alta, além das palestras de educação da população sobre os riscos e enfermidades mais comuns. Estas informações traz uma maior facilidade para organizar o processo de trabalho bem como planejar as ações necessárias.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Implantar grupo operativo do Tabagismo na ESF.

1.2.2 Objetivos específicos

Realizar busca ativa e cadastramento dos pacientes tabagistas no sistema.

Realizar capacitação aos profissionais da ESF, médico, enfermeira, ACS, farmacêutico e técnicas de enfermagem.

Requerer junto a Secretaria de Saúde e farmácia básica, medicamentos e adesivos para o grupo de tabagistas.

Implantar grupo operativo de tabagistas.

1.3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, onde foi identificado, por meio do diagnóstico da realidade, tabagismo como o problema preconizado na ESF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TABAGISMO

O tabaco foi originado na América, as espécies mais comuns do gênero *Nicotiana* são nativas de “regiões intertropicais e subtropicais do Novo Mundo”, embora os europeus já fumassem outros tipos de ervas. Por outro lado, sabe-se que há 3.000 anos a.C. alguns “arqueólogos encontraram cachimbos da Idade do Bronze” (SILVA; MOLINARI, 2003).

O tabagismo é diagnosticado como doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina de acordo com a AMIB, INCA e Brasil (2013). Contudo, além da dependência outros fatores como comportamentais e psicológicos induzem ao ato de fumar dificultando a suspensão, em que podemos citar alguns: ansiedade, depressão, transtornos de diversas naturezas, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismos, gatilhos e costumes, assim como fatores psicossociais, culturais e genéticos, são indutores.

Por outro lado, censuras pressões restritivas, a lei antifumo, entre outros, são medidas controladoras do tabagismo, deste modo, deve ser entendido que as pessoas fumam porque são dependentes e nem sempre porque querem (ASMA et al., 2014).

O tabagismo é considerado uma doença (me parece mais adequado considerar uma dependência) pediátrica, pois 80% dos fumantes começam a fumar antes dos 18 anos. No Brasil, 20% dos fumantes começaram a fumar antes dos 15 anos (INCA, 2018). Os produtos de tabaco matam seis em cada dez consumidores. Todos os anos sete milhões de mortes são causadas pelo tabagismo, e há um custo global em saúde e perda de produtividade para os governos de 1,4 trilhões de dólares.

No Brasil, 428 pessoas morrem por dia por causa da dependência a nicotina. 56,9 bilhões de reais são perdidos a cada ano devido a despesas médicas e perda de produtividade e 156.216 mortes anuais poderiam ser evitadas. O maior

peso é dado pelo câncer, doença cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Das mortes anuais causadas pelo uso do tabaco: 34.999 mortes correspondem a doenças cardíacas; 31.120 mortes por DPOC; 26.651 por outros cânceres; 23.762 por câncer de pulmão; 17.972 mortes por tabagismo passivo; 10.900 por pneumonia; 10.812 por acidente vascular cerebral (AVC) (INCA, 2018)

2.2 Consequências do Tabagismo

A Organização Mundial de Saúde alerta para a população que as principais causas de mortalidade humana, que correspondem a 68% dos óbitos são as doenças crônicas não transmissíveis, onde muitas estão intimamente ligadas ao tabagismo: doença cardiovascular (particularmente infarto agudo do miocárdio), câncer (do pulmão e em outros sítios), acidente vascular encefálico e DPOC (WHO, 2014).

Em pacientes não fumantes ou que pararam de fumar, essas doenças diminuem em mais de 30%, chegando a uma queda de 90% no câncer do pulmão e na DPOC. Quem não fuma tem melhor qualidade de vida e vive 10 a 15 anos mais (ASMA et al., 2014).

Uma das consequências do tabagismo passivo, o dano cardiovascular, foi estudada por Lightwood e Glantz (2009), que constataram que, após a implantação de ambientes livres de tabaco em diversos países, eventos cardíacos agudos foram reduzidos em cerca de 30%, em curto prazo. Recentemente, mostrou-se que os efeitos nocivos do tabaco ultrapassam gerações, aumentando o risco de asma de modo intergeracional, ou seja, de mãe para filho, e transgeracional, isto é, de avós para os netos, mesmo que a mãe não tenha asma e não fume. Há evidências de que o tabagismo da avó materna durante a gestação da mãe da criança aumenta o risco de essa criança desenvolver asma de duas a três vezes, mesmo que a própria mãe não tenha fumado durante sua gestação e não tenha asma.

A Sociedade Americana de Câncer divulgou um relatório sobre tabagistas que estão morrendo por doenças até então não relacionadas ao tabaco. Foram incluídas mais 14 doenças: câncer de mama, câncer de próstata, insuficiência renal,

isquemia intestinal, hipertensão arterial e infecções, assim como várias outras doenças respiratórias além da DPOC. Com a inclusão dessas doenças, constatou-se um aumento de 17% na mortalidade (ENSP, 2018).

2.3 Critérios de dependência

O tabaco é uma droga e faz parte de muitas culturas, além de ser apontado como fator integrante de valores e comportamentos. Quando o tabaco é fumado, a nicotina leva aproximadamente sete segundos para alcançar os pulmões, entrar na corrente sanguínea e atingir o cérebro. Portanto, o usuário do tabaco rapidamente sente o prazer provocado pelo fumo, diminuindo sua ansiedade, aumentando sua capacidade mental e melhorando sua atenção (MARQUES et al., 2001).

A dependência da nicotina, de acordo com PLANETA e CRUZ (2005), apresenta um processo farmacológico e de conduta semelhante a substâncias psicoativas como a cocaína, os opioides e o etanol. O sistema de recompensa (dopaminérgico) tem participação fundamental na busca de estímulos causadores de prazer, tais como alimentos, sexo, relaxamento.

A nicotina aumenta as concentrações de dopamina, principalmente no nucleus accumbens e na área tegmental ventral, efeito comum das drogas que causam dependência. Os estímulos sociais e culturais, agindo como coadjuvantes para uma dependência psicológica, além da dependência física, são fatores a se considerar para um melhor entendimento do hábito de fumar. Dessa forma, associam-se estímulos ambientais ao hábito de fumar, como os rituais diários para acender o cigarro e guardar o pacote no bolso, ou mesmo ambientes, como bares, festas, encontros com amigos, entre outros. Nesse sentido, tanto existe o componente físico como também o psicológico que mantêm o hábito de fumar (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

2.4 Tratamento gratuito para parar de fumar

Desde 2002, o Ministério da Saúde juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde vem organizando uma rede de unidades de saúde do

Sistema Único de Saúde para oferecer tratamento do tabagismo para os fumantes que desejam parar de fumar. O tratamento é realizado por profissionais de saúde de nível superior e composto de uma avaliação individual, passando depois por consultas individuais ou sessões de grupo de apoio, nas quais o paciente fumante entende o papel do cigarro na sua vida, recebe orientações de como deixar de fumar, como resistir à vontade de fumar, e principalmente como viver sem cigarro. Durante as quatro primeiras reuniões de grupo (ou consultas individuais) são fornecidos manuais de apoio com informações sobre cada uma das sessões. Também são fornecidos medicamentos gratuitos com o objetivo de reduzir os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina (INCA, 2018).

3 MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia do presente estudo iniciou-se na fase exploratória, onde foi abordado por meio do diagnóstico da realidade o alto índice de tabagismo como o problema preconizado na ESF, devido ao alto número de tabagistas e ainda graves complicações de pacientes que fumaram por muito tempo como o DPOC.

O interesse pelo presente tema foi decidido durante reuniões com a equipe de saúde, onde na pauta foram discutidos os maiores problemas da ESF, bem como a nossa possível intervenção e governabilidade para a redução dos tabagistas na ESF, por meio da implantação do programa Anti-Tabagismo do Ministério da Saúde.

Por fim, foram identificados os recursos críticos para a execução das operações planejadas. Assim, foram identificados os pontos que controlavam os recursos críticos em cada operação.

Data/ horário	Objetivo	Estratégia	Duração/ participantes	Recursos utilizados (Flyer, vídeo, textos, etc)
Mês de maio	Levantar ficha A dos pacientes tabagistas	Reunião enfermeira, ACS e médico	Duração de 4 horas diárias durante uma semana com os ACS, médica e enfermeira	Prontuários dos pacientes/ Folhas em branco/ canetas
junho	Capacitar a equipe de saúde	roda de conversa,	4 horas Toda equipe de saúde	Manual do ministério da saúde sobre Tabagismo- Cartilha
10/06/19	Criar grupo operativo de Tabagistas	Palestras, consultas individuais, rodas de conversa	2 horas Equipe de saúde, junto com NASF Pacientes hipertensos	Data show Cartilhas do MS. Termo de consentimento do paciente, medicamentos

Após finalização do presente projeto de intervenção o mesmo será divulgado em plataformas de recursos educacionais abertos, como REA-UFPR e UNASUS.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Espera-se que com o presente estudo consiga-se manter os objetivos propostos, identificando e cadastrando os usuários da unidade de saúde que são tabagistas, realizar capacitação para os profissionais da ESF e ainda estar com os medicamentos e adesivos disponibilizados pela farmácia básica para este grupo de tabagistas, para que enfim possamos implantar o grupo operacional.

Na unidade serão realizadas ações em saúde, para que aumentem o nível de informação em torno tabagismo, com auxílio de data show, folders e vídeos, como vídeo disponível no canal da internet Youtube, com o título: “Tabagismo: como abordar: disponibilizado no endereço eletrônico:

A equipe de saúde deve melhorar o vínculo dos profissionais do NASF e da ESF com os usuários, tendo como base a humanização ou ainda utilizando a visita domiciliar para conseguir melhor interação entre o binômio profissionais e usuários.

A partir destes ganhos da interação pretendemos sensibilizar todos os usuários da equipe que não se cadastraram no sistema para que possam ser assistidos integralmente afim de que parem de fumar.

Data/ horário	Objetivo	Estratégia	Duração/ participantes	Recursos utilizados
15/07 - 13:00 horas	Cadastramento dos tabagistas	Uso de prontuários, ficha A	4 horas/ agentes comunitários de saúde e enfermeira	prontuários ficha A
30/07- 13:00 horas	capacitar equipe	motivar a equipe de saúde acerca da sua importância	3 horas/ médica, enfermeira, ACS, repcionista, técnico de enfermagem	Data Show; folhetos impressos do MS
10/08 - as 15:00 horas	realizar grupo operativo de tabagistas	convite realizado individualmente	Médica, enfermeira, ACS, Psicologa Farmacêutica	IMpressos do MS Data Show

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo pudemos notar o quão importante é a realização do grupo de tabagistas para que possamos proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários que pararem de fumar a partir deste trabalho, tendo como meta reduzir cerca de 70% dos tabagistas, ainda no primeiro ano de implantação.

Recomendamos ainda que o presente projeto de intervenção seja realizado sempre que tiver clientela com desejo de parar de fumar, para que possamos reduzir os agravos desta prática.

REFERÊNCIAS

ASMA, S. et al. Cdc grand rounds: Global tobacco control. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, p. 277–297, 2014.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, p. 820–827, 2005.

ENSP, E. N. de S. P. S. A. Lançado o Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo 2015. 2018. Disponível em: . Acesso em: 16 Dez. 2018.

INCA, I. N. de Câncer José de Alencar Gomes da S. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 2018. Disponível em: . Acesso em: 16 Dez. 2018.

LIGHTWOOD, J. M.; GLANTZ, S. A. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*, p. 1373–1379, 2009.

MARQUES, A. C. P. R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*, p. 200–214, 2001.

PLANETA, C. S.; CRUZ, F. C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Rev. Psiq. Clín*, p. 251–258, 2005.

SILVA, M. S.; MOLINARI, D. *Se liga! O livro das drogas*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

WHO, W. H. O. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014. Genebra: WHO, 2014.