

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA ó UFSC**

**MARIA CELINA DO NASCIMENTO FIGUEIREDO**

**IMPLANTAÇÃO DE TRABALHO MULTIDISCIPLINAR NO  
CONTROLE DO TABAGISMO NA USF MARIANO GONZAGA DE  
OLIVEIRA**

Rio Branco ó AC

2014

**MARIA CELINA DO NASCIMENTO FIGUEIREDO**

**IMPLANTAÇÃO DE TRABALHO MULTIDISCIPLINAR NO  
CONTROLE DO TABAGISMO NA USF MARIANO GONZAGA DE  
OLIVEIRA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem em Doenças Crônicas não Transmissíveis, pela Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Enf. Nanci Aparecida da Silva

Rio Branco ó AC

2014

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **Implantação de trabalho multidisciplinar no controle de tabagismo na USF Mariano Gonzaga** de autoria da aluna Maria Celina do Nascimento Figueiredo foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem ó Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

---

**Profa. MsC. Nanci Aparecida da Silva**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra.Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico à minha família e amigos pela torcida, orações e palavras de ânimos nos momentos difíceis.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus em primeiro lugar.

Agradeço a todas as pessoas que de forma direta e/ou indireta fizeram parte dessa caminhada. Em especial a colaboradora, amiga e parceira Clissia Batista.

## RESUMO

O tabagismo é a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil, os principais problemas de saúde relacionados ao tabagismo referem-se às doenças do sistema cardiovascular, infarto do miocárdio, doenças respiratórias, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e enfisema, também câncer, principalmente câncer de pulmão, laringe e boca. O Brasil oferece o Programa Nacional para Controle do Tabagismo, que inclui atividades educativas em escolas, locais de trabalho e nas unidades de saúde. Este programa tem como objetivos principais: evitar a dependência, estimular a cessação e reduzir danos causados pelo tabaco. O presente estudo centra-se no tabagismo e tem como público-alvo os usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em Mariano Gonzaga de Oliveira da cidade de Rio Branco, Acre. Acreditando que a abordagem multidisciplinar no tabagismo pode alcançar melhores resultados quanto à abstinência, faço uma proposta de intervenção nos grupos de fumantes assistidos, com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários.

**Palavras-chave:** Tabagismo, Estratégia de Saúde da Família, Abordagem Multidisciplinar, Projeto de intervenção nos grupos.

## ABSTRACT

Smoking is the leading cause of death and disease in Brazil, the main health problems related to smoking refers to diseases of the cardiovascular system, myocardial infarction, respiratory diseases such as Chronic Obstructive (COPD) and emphysema Pulmonary Disease, also cancer, especially lung cancer, larynx and mouth. Brazil offers the National Programme for Tobacco Control, which includes educational activities in schools, workplaces and in health facilities. This program's main objectives are: to avoid dependency, encourage cessation and reduce harm caused by tobacco. The present study focuses on smoking and its target audience users assisted by the city DERIO Branco, Acre Family Health Strategy "Mariano Gonzaga de Oliveira". Believing that the multidisciplinary approach to smoking can achieve better results regarding abstinence, make a proposal for intervention in groups assisted smokers, in order to help the team improve its performance with users.

Keywords: Smoking, Family Health Strategy, Multidisciplinary Approach, Project intervention groups.

## LISTA DE SIGLAS

<b>CO</b>	Monóxido de carbono
<b>DCNT</b>	Doenças crônicas não transmissíveis
<b>DPOC</b>	Doença pulmonar obstrutiva crônica
<b>DST</b>	Doença sexualmente transmissível
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>PCCU</b>	Preventivo de câncer de colo uterino
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>SEMSA</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>URAP</b>	Unidade de Referência de Atenção Primária
<b>USF</b>	Unidade Saúde da Família
<b>VIGITEL</b>	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	12
<b>1.1.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>12</b>
1.2 JUSTIFICATIVA.....	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 MÉTODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>19</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>20</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Cerca de um terço da população brasileira adulta fuma. O tabagismo é a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil, estima-se em 200 mil o número de óbitos anuais por doenças associadas ao hábito de fumar. Segundo dados do INCA o tabaco responde por 40% a 45% das mortes por câncer; 90% a 95% das mortes por câncer de pulmão; 75% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 20% das mortes por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos.

O tabagismo está associado à mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico). O fumante está sujeito à mortalidade por todas essas doenças, mas o simples fato de ser exposto à fumaça de produtos de tabaco contribui para o desenvolvimento ou agravamento de diversas outras (INCA 2011).

O município de Rio Branco tem aderido às estratégias de tratamento e prevenção ao fumo desde 2005, quando foi criada a Área Técnica de Controle do Tabagismo, vinculada a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), sendo responsável em implantar nas unidades básicas de saúde do município o Programa de Tabagismo, dando suporte, supervisionando, controlando e avaliando as atividades desenvolvidas por essas unidades. Hoje, em Rio Branco, segundo informações desta área técnica, temos nove unidades de saúde com este programa implantado.

Nos últimos dois anos, quarenta e dois grupos foram formados, totalizando setecentos e cinquenta pessoas atendidas com abordagem cognitiva, aconselhamento, acompanhamento e tratamento.

O Programa Saúde na Escola (PSE) também conta com atividades educativas de prevenção a iniciação do fumo e em 2013 mais de mil alunos foram envolvidos nestas atividades.

O município de Rio Branco, capital do estado do Acre, de acordo com uma estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013) possui uma população estimada de 357.194 habitantes, o qual a coloca como a sexta maior cidade da Região Norte do Brasil.

A prefeitura de Rio Branco dividiu a cidade em sete áreas urbanas, denominadas regionais. Elas são numeradas de I a VII, sendo que cinco delas se localizam no 1º distrito: II,

III, IV, V, VI; e outras duas no 2º distrito: I, VII. As regionais são compostas por aproximadamente 110 bairros. (Secretaria Municipal de Saúde).

A atenção primária está dividida por segmentos de saúde, ou seja, cada Centro de Saúde ou URAP (Unidade de Referência à Atenção Primária) coordenam e dão suporte a um determinado número de USF (Unidade de Saúde da Família). Existem 07 centros de saúde, 05 URAPs e 47 USF em nossa cidade.

A USF Mariano Gonzaga de Oliveira, anteriormente chamada de USF Novo Calafate, localiza-se na regional VII e faz parte do segmento coordenado pelo centro de saúde Rozângela Pimentel Figueira, no bairro Calafate, que existe há mais de dez anos e em abril de 2013 recebeu uma estrutura física nova no mesmo segmento, após esta mudança recebeu o nome de um ex-funcionário (Mariano Gonzaga de Oliveira), também morador do bairro.

Em nossa área de abrangência, atualmente temos 929 famílias cadastradas que representam 3.338 pessoas (Secretaria Municipal de Saúde, 2014). Ela é dividida em 11 microáreas, onde no momento encontra-se 01 área descoberta, ou seja, sem acompanhamento de agente comunitário de saúde.

A equipe é formada por: 01 Enfermeira, 01 Tec. Em enfermagem, 01 médico, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e 10 agentes comunitários de saúde. Que disponibilizam os serviços de: consultas médicas e de enfermagem, exame preventivo do câncer do colo uterino (PCCU), pré-natal, planejamento familiar, vacinas, curativos, farmácia, medicação, visitas e atendimentos domiciliares, tratamento odontológico entre outros. Além do programa de tabagismo, temos implantados os programas de HIPERDIA (hipertensão e diabetes), saúde do homem, mulher, criança, adolescente e idoso, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, DST (doenças sexualmente transmissíveis). Atualmente trabalhamos também com grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. Realizamos ainda atividades preventivas e educativas em escolas, igrejas, empresas, associação de moradores etc.

Com a grande procura de usuário interessados ao tratamento do tabagismo, a equipe se motivou em realizar mais essa atividade, formando o grupo. Como já havia me capacitado para tal atividade, enfatizei para a equipe a importância de um trabalho multidisciplinar para o sucesso do grupo. A equipe decidiu traçar estratégias para essa atuação.

Então o presente trabalho visa ressaltar a importância de uma equipe integrada, multiprofissional no controle e tratamento do tabagismo, para redução do número de fumantes, doenças crônicas e taxas de mortalidades relacionadas ao fumo.

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Implantar uma equipe multidisciplinar nas atividades desenvolvidas com grupo de controle e tratamento de tabagismo.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

1-Reconhecer a clientela atendida para uma avaliação de estratégias a serem empregadas.

2-Apoiar de forma efetiva os participantes na cessação de fumar e prestar assistência multidisciplinar.

3-Aumentar a eficácia do tratamento e diminuir o abandono do mesmo.

4-Oferecer suporte nas áreas afetadas pela dependência do cigarro (físico, emocional, social, familiar).

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Desde 1985, o Brasil vem desenvolvendo ações para controle e combate ao fumo. Uma delas é o Programa Nacional para Controle do Tabagismo, que inclui atividades educativas em escolas, locais de trabalho e nas unidades de saúde. Este programa tem como objetivos principais: evitar a dependência, estimular a cessação e reduzir danos causados pelo tabaco.

O tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Portaria Nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS Nº 442 de 13 de agosto de 2004. (Brasil, Ministério da Saúde). Estas portarias definem que o tratamento de tabagismo deve ser realizado individualmente e em grupos, através de abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso (adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato de bupropiona) quando indicado.

O programa visa em fornecer informações e estratégia necessárias para direcionar o participante a deixar de fumar. A abordagem consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante.

**1. PERGUNTAR E AVALIAR:** através de algumas perguntas procura-se avaliar quanto à dependência de nicotina (Teste de FAGERSTROM), aspectos psicológicos e sociais, e seu grau de motivação para deixar de fumar. Como também realizar uma breve anamnese clínica.

**2. ACONSELHAR E PREPARAR:** a partir das respostas das perguntas realizadas, aconselha-se a parar de fumar conforme o perfil do fumante, levando em consideração sexo, idade, doenças crônicas associadas ao tabagismo, etc. A próxima etapa é prepará-lo para cessação de fumar, estimulando-o, informando-o quanto ao tratamento que lhe será oferecido.

**3. ACOMPANHAR:** após as quatro sessões em que consiste o programa, o acompanhamento pretende garantir o apoio após a parada do fumo e prevenir recaídas.

A Pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizada de julho de 2012 a fevereiro de 2013 coletou informações de 45.400 pessoas com mais de 18 anos de todas as capitais e do Distrito Federal e revela que 12% dos brasileiros com mais de 18 anos são fumantes. De acordo com dados nacionais, a parcela da população brasileira acima de 18 anos que fuma caiu 20% no mesmo período. O número de fumantes brasileiros passou de 15%, em 2006, para 12%, em 2012.

Apesar da queda, a frequência maior permanece entre os homens: o número passou de 19% (2006) para 15% (2012). Entre as mulheres o índice caiu de 12% (2006) para 9% (2012).

Esta mesma pesquisa afirma há redução de fumantes acima de 18 anos em 25% Rio Branco nos últimos seis anos. Os dados comparam os anos de 2006, em que o número de fumantes era de 20%, e o ano de 2012 em que a porcentagem caiu para 15%, assim, no universo de fumantes na capital, a redução corresponde a um quarto do número. Acredita-se que esta queda é resultado de ações preventivas nas unidades de saúde, em escolas e empresas, como também ações de controle (tratamento).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os efeitos à saúde causados pelo fumo referem-se tanto ao tabagismo direto quanto à inalação de fumaça ambiente (fumante passivo). Não fumantes constantemente expostos à fumaça de cigarro aumentam o risco de câncer em 10 a 30%. As crianças são as mais atingidas, apresentando maior frequência de problemas respiratórios agudos. O tabagismo se classifica como uma importante causa de morte prematura em todo o mundo. Os principais problemas de saúde relacionados ao tabagismo referem-se às doenças do sistema cardiovascular, infarto do miocárdio, doenças respiratórias, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e enfisema, também câncer, principalmente câncer de pulmão, laringe e boca. Estudos demonstram que fumar diminui a expectativa de vida em até 10 anos e que quase metade dos fumantes morrem por doenças causadas possivelmente pelo cigarro (como câncer, doenças cardiovasculares e infartos) (BRASIL, 2011).

Entre as mulheres, existe a tendência de entrar na menopausa mais cedo, acarretando maior chance de desenvolver osteoporose. As que fazem uso de anticoncepcional as chances de morrerem por problemas cardíacos é dez vezes maior do que aquelas que não usam pílulas e não fumam. O uso do fumo durante a gravidez pode ocasionar, aborto, partos prematuros, recém-nascidos com baixo peso e com graves problemas de desenvolvimento físico e mental (BRASIL, 2013).

O tabaco no homem provoca problemas de ereção e infertilidade por danos as células espermáticas.

No cigarro existem mais de 4.700 substâncias tóxicas. Entre elas, três são consideradas as piores, o monóxido de carbono (CO), o alcatrão e a nicotina.

O monóxido de carbono (CO) combina com a hemoglobina do sangue (responsável pelo transporte de oxigênio) e acaba reduzindo a oxigenação sanguínea no corpo.

O alcatrão, que reúne vários produtos cancerígenos, como polônio, chumbo e arsênio. Todo câncer relacionado ao fumo laringe tem ligação com o alcatrão.

A nicotina é um dos principais fatores que levam ao consumo contínuo de tabaco. Esta substância é a causadora da dependência, psicológica e/ou física. Considerada uma droga bastante poderosa, a nicotina atua no sistema nervoso central, como a cocaína, com uma diferença: chega ao cérebro em apenas sete segundos - dois a quatro segundos mais rápido que a cocaína (BRASIL, 2014).

O processo de abandono do cigarro traz alguns efeitos colaterais e sintomas que representa dificuldades, é a chamada Síndrome da Abstinência. Que pode variar de intensidade para cada pessoa. Estes sintomas iniciam-se algumas horas após a interrupção do uso do cigarro e aumentam durante as primeiras doze horas. Dentre os sintomas mais frequentes, destacam-se: irritabilidade, dificuldade de concentração, agitação, sonolência, insônia e cefaleia. Pode acontecer ainda, constipação, diarreia e ganho de peso. (BRASIL 2013)

Diante dessa Síndrome de Abstinência o fumante tem dificuldade em parar de fumar sozinho. Outro fator que dificulta a cessação de fumar é o tempo em que o fumante fuma, pois implica maior dependência ao fumo.

Entre os fumantes aqueles que fumam há mais de 20 anos, por exemplo, quando decidem parar por conta própria, a chance de ter êxito na primeira tentativa é muito baixa: apenas 5%. Por isso, muita gente desiste de tentar, conta Frederico Leon Fernandes, pneumologista do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Incor-FMUSP).- (revista Viva Saúde , 2013)

Por tanto para o auxílio e acompanhamento destes pacientes, se faz necessário já no primeiro encontro, a necessidade de uma avaliação psicológica e social. E durante as sessões de acompanhamento a avaliação física, nutricional, médica, odontológico, enfermagem. Assim se faz necessário uma atuação multidisciplinar para o êxito total do programa frente a esse paciente. Oferecendo suporte nas áreas afetadas pela dependência do cigarro: físico, emocional, social como também familiar.

A participação de vários profissionais da saúde garante a integralidade na assistência. A ação multidisciplinar permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada pela equipe não apenas a necessidade clínica, mais psicológica e social, como também auxilia nas tomadas estratégicas no tratamento e nas ações educativas.

A multidisciplinaridade reafirma que saúde é um assunto para muitos profissionais. Campos (1995), afirma que a abordagem em equipe deve ser comum a toda a assistência à saúde. Isso porque o principal aspecto positivo da atuação em equipe interdisciplinar é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas. Assim, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde (TAVARES, UNIFRA 2012).

O tabagismo tornou-se uma doença complexa e sua abordagem requer a integração de diversos profissionais que interagem e potencializam para dar conta desta complexidade. Medidas farmacológicas, psicossociais, e não medicamentosa são essenciais no tratamento do fumante (SUTHERLAND ET AL, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira. Veio com o objetivo de promover a justiça e superar as desigualdades na assistência a saúde: **Saúde direito de todo e dever do Estado** e está regulado pela Lei nº.8.080/1990.

Garante o acesso universal e igualitário, ações e serviços de promoção prevenção e recuperação da saúde. Estabelece cinco princípios básicos que orientam o sistema jurídico em relação ao SUS. São eles: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação popular.

Desde então, Ministério da Saúde realiza ações e programas para levar atendimento a todos os cidadãos e qualificar os funcionários da área de Saúde.

Em 2006, para um maior fortalecimento do SUS, foi instituído através da portaria GM/MS nº399, o Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados á população e a garantia de acesso a todos. Estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite.

Dentre essas as prioridades destaca-se as ações voltadas as DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil. Em 2004, as DCNT representaram mais de 62% do total de óbitos do país, sendo maior nas Regiões Sul e Sudeste. Este rápido aumento da morbi-mortalidade por DCNT vem afetando o desenvolvimento social e econômico de vários países, e a qualidade de vida de milhões de pessoas (BRASIL, 2006).

A magnitude de parte das DCNT pode ser avaliada pelas doenças cardiovasculares, responsáveis por 31% do total de óbitos por causas conhecidas. As neoplasias representam a segunda causa de óbitos, cerca de 15% desses registros em 2003. As estimativas para o ano de 2005 indicam que ocorrerão 467.440 casos novos de câncer ao ano (Malta e colaboradores, 2006).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias ao longo dos anos para combater essas doenças. Em agosto de 2011 lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e definem diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

A maior parte da mortalidade por câncer no Brasil está associada ao consumo de tabaco.

A política antitabaco é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Foi realizado na UBS Mariano Gonzaga de Oliveira, que se caracteriza por apresentar situações de vulnerabilidade específicas como: quantitativo considerável de fumantes. Os sujeitos-alvo foram os usuários tabagistas, de ambos os sexos e de todas as faixas etárias dessa UBS.

Esse trabalho não passou por Comitê de Ética em Pesquisa, pois não foram utilizados dados relativos aos sujeitos-alvo, além dos mesmos não terem sido entrevistados e não terem respondido a questionamentos.

Durante todo o processo de intervenção, foram registrados em prontuários individuais (próprios da UBS), os dados pessoais, clínicos, psicológicos, sociais dos pacientes e sua postura nos atendimentos individualizados e em grupos. Utilizamos ainda uma ficha de anamnese clínica, fornecida pela área técnica do tabagismo, que continham perguntas sobre a história tabagista, teste de Fargestron, antecedentes patológicos e teste de depressão. Foi também utilizado um instrumento (colocar no apêndice) de acompanhamento das sessões como a data em que foi realizado, nome do paciente, presença ou ausência na sessão, qual método indicado no tratamento e a quantidade disponibilizada ao mesmo.

Através dessas informações foi possível identificar, traçar um perfil do usuário atendido, e obter respostas da eficácia do tratamento.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

No Centro de Saúde Rozângela Pimentel, que coordena nosso segmento de saúde, já se realizava grupos de controle e tratamento de tabagismo. Coordenada e realizada somente por um enfermeiro, o tratamento baseava-se em orientações em grupos e medicamentos. E mesmo sem uma equipe completa já apresentava bons resultados. Mas ainda havia muitas recaídas e abandono do tratamento pelos pacientes.

Após a instalação em uma unidade ampla, bem estruturada, com local propício para a realização de atividades em grupos. Avalie a importância de realizar tal trabalho, pois além dos índices de fumante ser altos, também havia a procura da própria comunidade a esta assistência. A reflexão sobre o problema e a perspectiva de uma intervenção para solucioná-lo ou minimizá-lo surgiu durante o curso de especialização em linhas de cuidados.

Como a unidade não dispõe de outros profissionais importantes para a realização deste projeto de intervenção. Foram inseridos a este processo, parceiros, voluntários e acadêmicos dos cursos de psicologia, enfermagem e odontologia.

A abordagem multidisciplinar no tabagismo visa alcançar melhores resultados quanto à abstinência. Esta abordagem contribui de forma positiva para a cessação do fumo. Isto se deve, além da terapia medicamentosa, à atuação na mudança comportamental através do preparo para enfrentamento de situações de risco para o tabagismo, controle da ansiedade, redução do sedentarismo, bem como a adoção de um estilo mais saudável de vida com reeducação alimentar e atividade física regular.

Foram estabelecidas estratégias a serem utilizadas durante as sessões e atividades educativas com o público alvo. Após a formação do grupo, todos os pacientes foram atendidos, avaliados individualmente pela equipe. Assim foi traçado um perfil da saúde e situação sociocultural dos mesmos. Estes perfis foram discutidos em equipe, possibilitando o reconhecimento do tratamento a ser desenvolvido com cada um e favorecendo o detectar de doenças crônicas já estabelecidas.

A cada encontro em grupo, estratégias foram discutidas para a parada do fumo, nosso desafio era manter a motivação dos pacientes para que eles não abandonassem o tratamento e que aderisse a mudanças de hábitos e estilo de vida mais saudável.

Na primeira sessão, foi apresentada a equipe envolvida, e como funcionaria o projeto. Enfatizamos a disposição em acompanhá-los neste processo, nos posicionando sempre de forma acolhedora, proporcionando a escuta de cada um dos pacientes. Como

estímulos neste primeiro momento foram convidados ex-fumantes, que fizeram parte de grupos de apoio, para dar seu depoimento.

Até a terceira sessão, os encontros foram semanais e posteriormente quinzenais com duração máxima de uma hora. Onde cada sessão foi orientada por informações básicas contidas em manuais técnicos de apoio, oferecidos pelo Ministério da Saúde. Com base nestas informações, foi realizado um roteiro, dividindo o período entre: interação entre pacientes e profissionais, depoimentos, dinâmicas, aconselhamento, informações sobre as consequências do fumo e estratégias para parar de fumar. Utilizamos material áudio visual: slides produzidos pelos profissionais, vídeos com depoimentos e mensagens de reflexão, material informativo fornecido pela área técnica de controle ao tabagismo e pelo ministério da saúde.

De acordo com os avanços (diminuição da quantidade de cigarros fumados, abstinência), cada paciente relatou quais as mudanças em sua vida e saúde já vivenciadas. Aos que não conseguiam êxito ou tinham recaídas, a equipe em grupo e individualmente, os motivaram e procurou identificar quais situações ainda dificultava a abstinência, reforçando ao paciente habilidades para lidar com essas situações. Foi feito junto com eles um plano de ação, onde foi planejada uma data qual não fumariam mais nenhum cigarro e as estratégias para lidar com as dificuldades.

Aproveitamos a ocasião do dia 29 de Agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo, para realizar uma tarde de atividades voltadas a este tema, com palestras, peças teatrais, brindes, coffee break, etc. Ressalto que esta atividade e o trabalho desenvolvido de nossa equipe, foram divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde à imprensa, o que aumentou a procura ao nosso serviço de outros pacientes de vários bairros de nossa cidade.

Com o objetivo de obter resultados melhores quanto ao tratamento e controle do fumo, foi elaborado o seguinte plano de intervenção:

Plano de Intervenção: Implantação de equipe multidisciplinar em grupo de tabagismo na Unidade de Saúde da Família Mariano Gonzaga de Oliveira.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
<p>- Estabelecer com equipe e parceiros, estratégias as serem utilizados no grupo.</p> <p>- Identificar usuários em nossa área de abrangência que desejam parar de fumar.</p> <p>- Formar grupos de no Máximo quinze fumantes</p> <p>- Avaliar os aspectos comportamentais, sociais, psicológicos e o grau de dependência dos fumantes.</p> <p>- Realizar um pequeno estudo de caso de cada paciente (perfil do fumante)</p> <p>- Preparar os fumantes ao tratamento, estimular habilidades e estratégias para resistir ao fumo, a lidar com o stress, prevenir recaídas, mudanças de hábitos e estilo de vida mais saudável.</p> <p>-Estabelecer critérios</p>	<p>- Realizar reuniões de planejamento para o início do grupo e para cada sessão de abordagem e tratamento do fumante.</p> <p>- Realizar levantamento em cada micro área durante visitas domiciliares.</p> <p>- Agendar primeiro encontro para a abordagem cognitivo-comportamental</p> <p>- Realizar abordagem Cognitivo-comportamental dos fumantes</p> <p>- Reunião com a equipe multidisciplinar</p> <p>- Realizar reuniões semanais com o grupo de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Cada sessão com uma abordagem diferente.</p> <p>- Realizar prescrição dos medicamentos de</p>	<p>Coordenadora do grupo de Tabagismo (enfermeira), Responsável pela área técnica de tabagismo do município, Médico, Agente Comunitários de Saúde, Odontólogo, Psicólogo, Assistente Social. Nutricionista e Educadora Física.</p> <p>Agente Comunitário de Saúde</p> <p>Coordenadora do grupo de Tabagismo (enfermeira)</p> <p>Coordenadora do grupo de Tabagismo (enfermeira), médico, assistente social e psicólogo.</p> <p>Todos da equipe</p> <p>Coordenadora do grupo de Tabagismo (enfermeira), de acordo com cada sessão um dos membros da equipe assumira o tema de sua habilidade.</p> <p>Coordenadora do grupo de Tabagismo (enfermeira) e medico.</p> <p>Cada membro da equipe</p>	<p>Agosto e setembro de 2013.</p>

<p>para a utilização da farmacoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento individual de acordo com as necessidades de cada paciente.</li> <li>- Acompanhar os membros do grupo após as sessões de tratamento.</li> <li>- Mobilizar a comunidade e estimular mudanças de atitude e comportamento</li> </ul>	<p>acordo com o grau de dependência da nicotina, síndrome de abstinência e contra indicações.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e avaliação clínica (enfermagem, médica, odontológica, nutricional, psicológica e social).</li> <li>- Realizar retornos dos mesmos, para avaliar situações de ameaças para a manutenção da abstinência.</li> <li>- Realizar ações educativas nas datas pontuais (dia Mundial sem tabaco em 31 de maio e dia nacional de combate ao Fumo em 29 de agosto)</li> </ul>	<p>Coordenadora do grupo de Tabagismo (enfermeira).</p> <p>Toda a equipe</p>	
---	---	--	--

Esta abordagem multidisciplinar em saúde, com os diferentes saberes em um objetivo comum, onde cada profissional busca estratégias para uma atuação integrada, está diretamente ligada ao princípio do SUS, INTEGRALIDADE. Quando há a integração de vários saberes, trabalhando o contexto social, familiar, psicológico, cultural garantimos o cuidado longitudinal, realizando a promoção, prevenção, reabilitação e cura.

Consequentemente, com esse projeto tivemos a possibilidade de troca, de aprendizado e experiências entre os profissionais e usuários.

Conscientes que aconselhar isoladamente e pontualmente não era o suficiente, realizamos um processo de acompanhamento, apoio e motivação com ações integradas na procura de atender todas as áreas de sua vida afetada pelo fumo.

Foi possível notar uma maior adesão e credibilidade de nossos usuários ao trabalho oferecido. Por ser um trabalho dinâmico, observou-se diminuição no número de faltas e desistências. E principalmente melhores resultados no número de abstinências. Como ainda um aumento de pessoas na procura de nossa assistência.

Pessoas que há anos enfrentavam o vício e as dificuldades de livra-se do mesmo, tiveram a oportunidade de serem acompanhadas nas áreas físicas, social e emocional, onde conseguiram obter sucesso, a cessação do fumo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conscientizada da importância da atuação multidisciplinar e acreditando que na continuidade na queda nos índices de fumantes, elaborei um plano de intervenção, visando obter resultados ainda melhores no combate ao fumo na unidade em que trabalho.

Com a implantação deste Plano de Intervenção espero tornar nossas atividades mais resolutivas e eficazes. Sensibilizando a equipe e parceiros envolvidos a um trabalho diferenciado, dinâmico, com a necessidade de diferentes abordagens para entender a realidade e enfrentar os problemas que se apresentarem.

O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à uma melhor compreensão do problema, proporcionando conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto.

Aplicar saberes profissionais específicos de forma compartilhada, a partir da visão que o outro tem do problema, juntos podem se estabelecer uma melhor estratégia de ação.

Conhecer o perfil social, cultural, psicológico e clínico da clientela atendida é fundamental para tratamento ao tabagista, visando melhora nas taxas de cessação e redução dos índices de recaída.

Importante lembrar que nesse tipo de abordagem, o paciente se identifica com outros indivíduos com problemas semelhantes, aprendendo a expressar suas dúvidas, anseios e expectativas.

Com esse plano de intervenção espero realizar um trabalho diferenciado, propiciando os usuários e suas necessidades estarem no centro do cuidado, sendo assistido de forma integral, eficaz e resolutiva.

Acredito termos conseguido êxito em nosso projeto, tivemos poucas desistências, a maioria dos pacientes conseguiu abstinência durante e após o tratamento, como também tivemos aumento à procura de nosso atendimento. Foi estabelecido um vínculo de confiança entre profissionais e usuário, o que facilitou o diálogo, troca de informações e conscientização do grande problema que o fumo acarreta. Muitos iniciaram a prática de atividades físicas, como também adesão a uma alimentação mais saudável. Com as melhoras gradativas que a parada de fumar proporciona como a do olfato, paladar, respiração, circulação entre outros, tivemos relatos de aumento da auto-estima, mudanças na vida social e familiar. Foi facilmente visto a satisfação não só de nossos pacientes, mas como também dos familiares que acompanharam o processo. Esta satisfação também veio por parte da equipe em ver vidas

mudadas e uma das frases ditas em um depoimento na sessão de encerramento marcou e emocionou toda equipe: *“Agora posso dizer que alguém me entendeu e se importou comigo, hoje ganho novos amigos e posso dizer que vocês fazem parte da minha história de vida”*.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. S. et al **Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos**, Universidade Estadual de Campinas ó UNICAMP, Campinas, SP, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**, Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA. **Abordagem e Tratamento do Fumante**, RJ, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. ó Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância da Organização Mundial da Saúde**, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**, Brasília, 2000.

BRASIL, **Tabagismo**, disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/>

**Cidade de Rio Branco, dados demográficos**, disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=12&search=acre>

COSTA, A. A. et al **Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo**, Revista da SOCERJ - set/out 2006, vol. 19, nº 5, RJ.

FERREIRA, A.P. **Porque é difícil parar de fumar?** Disponível em: <http://revistavivasaude.uol.com.br/clinica-geral/por-que-e-dificil-parar-de-fumar/760/>

MALTA, D.C. et al , **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2006.

MEIRELLES, B. H.S, ERDMANN, A. L. **A Interdisciplinaridade como construção do conhecimento em Saúde e enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

**O Trabalho em equipe multidisciplinar**, disponível em:  
<http://www.unileverhealthinstitute.com.br/artigo/o-trabalho-em-equipe-multidisciplinar>

PAULA, A. R. **Relação Multiprofissional do Trabalho em Equipe na Atenção Básica de Saúde**. Trabalho de conclusão de curso Universidade de Minas Gerais

SOUSA, D. T. **Tabagismo: a estruturação da equipe multidisciplinar como diferencial no tratamento do tabagista**, trabalho de conclusão de curso Universidade de Minas Gerais, 2010.

TAVARES, S.O, VENDRÚSCOLO, C. T; KOSTULSKI, C. A, GONÇALVES, C. S. **Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade**, Trabalho de Pesquisa UNIFRA, Santa Maria, RS, Brasil, 2012.