

**NIVALDO PIRES BICALHO**

**REORGANIZANDO O PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA NO CENTRO DE  
SAÚDE SERRA VERDE – UMA NOVA TENTATIVA**

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS**

**2010**

**NIVALDO PIRES BICALHO**

**REORGANIZANDO O PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA NO CENTRO DE  
SAÚDE SERRA VERDE – UMA NOVA TENTATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para a obtenção de certificado de  
Especialista.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS**

**2010**

**NIVALDO PIRES BICALHO**

**REORGANIZANDO O PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA NO CENTRO DE  
SAÚDE SERRA VERDE – UMA NOVA TENTATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para a obtenção de certificado de  
Especialista.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos

**Banca Examinadora**

- 1- Stela Maris Aguiar Lemos**
- 2- Edison José Corrêa**

**Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

## **AGRADECIMENTOS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso não teria sido realizado sem a colaboração dos colegas do Centro de Saúde Serra Verde; agradeço em especial aos integrantes da Equipe 2 e à enfermeira e amiga Marcia Duarte Moreira que tanto me incentivou e colaborou na revisão do texto.

À professora Stela que me orientou com muita paciência.

À minha dedicada e linda esposa Liliane, pelo carinho e dedicação.

E principalmente ao meu Deus que me deu força, ânimo e saúde todo o tempo.

Obrigado.

“A vida não é um corredor reto e tranqüilo que  
nós percorremos livres e sem empecilhos,  
mas um labirinto de passagens, pelas quais nós devemos procurar nosso  
caminho, perdidos e confusos, de vez em quando  
presos em um beco sem saída.

Porém, se tivermos fé,  
uma porta sempre será aberta para nós,  
não talvez aquela sobre a qual  
nós mesmos nunca pensamos,  
mas aquela que definitivamente  
se revelará boa para nós”.

A. J. Cronin

## **RESUMO**

A Asma ainda é considerada um problema de saúde pública no Brasil, mesmo com todos os avanços no tratamento. Por isso a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) criou o Programa Criança que Chia para o atendimento de crianças asmáticas até 14 anos. Por meio de diagnóstico situacional realizado no Centro de Saúde (CS) Serra Verde em 2008, constatou-se inefetividade na aplicação do protocolo de tal programa, ocorrendo muitas internações e descompensações das crianças asmáticas. Este trabalho propõe aumentar a adesão das equipes de saúde da família do CS Serra Verde e dos asmáticos e seus responsáveis ao tratamento profilático com um plano de ação local através do treinamento das equipes para a orientação dos pacientes e seus familiares a respeito da doença, do tratamento a ser seguido e a implantação de um sistema para monitoramento e captação de pacientes.

Palavras chaves: asma, atenção primária à saúde, saúde da criança.

## **ABSTRACT**

Asthma is still considered a public health problem in Brazil, even with all the advances in treatment. For this reason the Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BH/SMSA) created the Program “Criança que Chia” for asthmatic children from zero to 14 years. Through situational diagnosis held at Health Center (HC) Serra Verde in 2008 the implementation of such programme was considered inefficient, occurring many hospitalizations and clinical problems with asmathic children. This work proposes to increase the relationship between family health teams of CS Serra Verde and asthmatics and their responsables to prophylactic treatment with a local action plan through the training of teams for the guidance of patients and their families and treatment to be followed and implantationt of a system for patient monitoring.

Keywords: asthma, primary health care, children's health,

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BH – Belo Horizonte

CEVAE – Centro de Vivência Agroecológica

CS – Centro de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DMS-SES – Diretoria Metropolitana da Secretaria Estadual da Saúde

ESF – Estratégia Saúde de Família

GINA – *Global Initiative for Asthma*

HOB – Hospital Odilon Behrens

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Atenção de Saúde da Família

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PIB – Produto Interno Bruto

ProAR-FS – Programa de Controle de Asma e Rinite Alérgica em Feira de Santana

PSF – Programa de Saúde da Família

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SMSA/BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>2.1. OBJETIVO GERAL</b>	<b>15</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>15</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
<b>3.1. CENÁRIO DO ESTUDO</b>	<b>16</b>
<b>3.2. PERCURSO</b>	<b>17</b>
<b>4. DESENVOLVIMENTO</b>	<b>19</b>
<b>4.1. CONCEITO</b>	<b>19</b>
<b>4.2. MORBIDADE E MORTALIDADE</b>	<b>19</b>
<b>4.3. MANIFESTAÇÃO CLÍNICA</b>	<b>19</b>
<b>4.4. TRATAMENTO</b>	<b>20</b>
<b>4.4.1. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</b>	<b>21</b>
<b>4.4.1.1. TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>4.4.1.2. TRATAMENTO DE RESGATE</b>	<b>22</b>
<b>4.4.2. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO</b>	<b>22</b>
<b>4.5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – EQUIPE 2 DE SAÚDE DA FAMÍLIA –         BAIRRO SERRA VERDE – BELO HORIZONTE</b>	<b>23</b>
<b>4.5.1. HISTÓRICO DE SAÚDE</b>	<b>24</b>
<b>4.5.2. A SAÚDE HOJE</b>	<b>26</b>
<b>4.5.3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS</b>	<b>27</b>



<b>4.5.4. ASPECTOS AMBIENTAIS</b> .....	<b>28</b>
<b>4.5.5. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS</b> .....	<b>29</b>
<b>4.5.6. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS</b> .....	<b>30</b>
<b>4.5.6.1. MORBIDADE REFERIDA</b> .....	<b>31</b>
<b>4.5.6.2. MORTALIDADE</b> .....	<b>31</b>
<b>4.5.6.3. INDICADORES EM RELAÇÃO À ASMA</b> .....	<b>32</b>
<b>4.5.6.4. PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>4.6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO 1 – FIGURA 1 – DIVISÃO DE BH EM DISTRITOS SANITÁRIOS</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO 2 – MODELO DE QUADRO PARA ACOMPANHAMENTO DOS ASMÁTICO</b> .....	<b>45</b>

## 1- INTRODUÇÃO

Conceitua-se a asma, de acordo com a IV Diretrizes Brasileiras Para o Manejo da Asma (2006), como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que tem evolução marcada por hiperreatividade brônquica variável. Manifesta-se por obstrução brônquica generalizada, normalmente reversível, mas com possibilidade de refratariedade.

A prevalência, no Brasil, varia de 10% a 20% dependendo da região e da faixa etária, mas estima-se que há atualmente cerca de 18 milhões de asmáticos. A doença foi responsável em 2002 por cerca de 350 mil internações e 2 mil óbitos, conforme o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e a quarta causa de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a terceira causa entre crianças e adultos jovens. Em 1996 foram gastos cerca de 76 milhões com hospitalizações, cerca de 3% do total destinado ao SUS. Em Belo Horizonte houve 6.924 internações de menores de 12 anos, cerca de 20,7% das internações (STIRBULOV, 2006). Além do alto custo financeiro que já é maior que o gasto com hipertensão e diabetes, a asma gera outros problemas que são imensuráveis como absenteísmo escolar e laboral, limitação na prática esportiva, além de possíveis danos psicossociais bem descritos por Borba *et al.*, (2009).

As crises de asma ocorrem principalmente devido à fragilidade do tratamento de manutenção, gerando grande demanda por exacerbações e, também, internações, onerando o sistema e trazendo impacto para a vida do asmático e de sua família.

A asma é considerada uma doença sensível à atenção primária ou Atenção Básica à Saúde (ABS) que, por definição do Ministério da Saúde, são ações de caráter individual ou coletivo voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Sendo assim, suas internações são indicativos de que existem sérios problemas de acesso da população ao serviço de saúde ou de seu desempenho. O excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para sua ocorrência como a deficiência na cobertura, o sub-diagnóstico, a baixa resolutividade e o tratamento inadequado (SARINHO *et al.*, 2007; ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A Estratégia Saúde de Família (ESF) e a ABS são as ferramentas principais de que dispõe o SUS para superar o modelo anterior de saúde que supervaloriza as práticas de assistência curativa, especializada e hospitalar, que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos.

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS. Deve ser substitutiva em relação à rede tradicional, atuar no território através de cadastro domiciliar, diagnóstico situacional, pactuar com a comunidade onde atua ações, cuidar dos indivíduos e das famílias, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde e doença da população. Precisa ainda desenvolver atividades de acordo como o planejamento e programação com base no diagnóstico situacional, integrar instituições e organizações sociais para desenvolver parcerias e também ser um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2007).

O CS Serra Verde foi fundado há 18 anos e apenas há oito anos recebeu a sua primeira Equipe de Saúde da Família. Hoje se compõem de quatro equipes. Apresenta problemas estruturais graves, como a falta de consultórios, computadores e equipamentos.

Meu interesse por este tema surgiu a partir da prática como médico generalista atuando no Programa de Saúde da Família (PSF) no CS Serra Verde em Belo Horizonte, onde pude observar uma grande demanda por atendimentos de crianças com crise de asma em detrimento da baixa demanda por controle da doença.

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, trabalhamos com a importância do adequado planejamento e avaliação das ações desenvolvidas como instrumento norteador do nosso processo de trabalho, fornecendo subsídios para a instituição efetiva da ESF como pilar de funcionamento do SUS, na tentativa de se evitar novas ações permeadas no antigo modelo hospitalocêntrico, voltado às especialidades e equipamento-dependente, como bem define Faria *et al.* (2008).

Ao realizar o Diagnóstico Situacional, considerando a clientela adscrita ao CS Serra Verde, foram levantados alguns problemas, de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe. A alta taxa de etilismo, a falta de lazer para a população, o humor deprimido e a baixa adesão ao tratamento de asma baseado no protocolo do Programa Criança

que Chia foram destacados, sendo que a asma foi apontada como problema principal passível de intervenções e enfrentamento.

Em nosso CS, até 2008 o controle das crianças com asma era realizado exclusivamente pela pediatra. Hoje, as equipes assumem alguns acompanhamentos, mas não de maneira sistematizada como ocorre com a puericultura em que, a cada mês, a criança no seu primeiro ano de vida se consulta com um profissional, seguindo um calendário pré-estabelecido. Quando uma criança asmática falta a uma consulta, não existe busca ativa sistematizada. Inexistem estratégias para a remarcação de consultas e um faltoso geralmente retorna ao acolhimento em crise ou, na melhor das hipóteses, em busca de medicamento. Não existe na agenda da pediatra e nem na agenda dos generalistas um espaço para agendamento de asmáticos.

Os grupos de asmáticos são pouco procurados por crianças, pais e responsáveis e são realizados apenas pela pediatra, mensalmente.

O Projeto de Reorganização da Assistência Pública às Doenças Respiratórias (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – PBH – 1997) começou a ser desenvolvido em 1996 com parceria entre a SMSA/BH e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no Distrito Sanitário Oeste, devido ao alto número de internações e procura pelo serviço de urgência entre as crianças asmáticas. Envolveu os três níveis de assistência (primário, secundário e terciário), para reduzir a morbidade e a mortalidade por asma. Também previa a educação continuada aos profissionais como uma maneira de melhorar a resolutividade e satisfação no trabalho. Incentivava ainda a participação do pediatra e da equipe de saúde no planejamento e na avaliação do acompanhamento regular às crianças asmáticas, criando vínculo com os centros de saúde, que passariam também a controlar o fluxo da assistência mediante critérios para encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

Este projeto, posteriormente chamado de Programa Criança que Chia, já solicitava disponibilização de medicamentos, como corticóides inalatórios, broncodilatadores orais e inalatórios, impressos e equipamentos, como espaçadores, aparelho de micronebulização e *peak flow* ou *peak expiratory flow* (pico de fluxo expiratório). O *peak flow* é um aparelho

utilizado como uma importante ferramenta diagnóstica e para a monitorização do controle, tem baixo custo e pode ser usado tanto nas consultas como em casa.

A atenção médica à asma em crianças menores de 14 anos tem uma baixa cobertura, apesar de contar-se com um protocolo que norteia as práticas. Foram atendidas 25 crianças de um total de 61 asmáticos em 2008. Os atendimentos são realizados em sua maioria pela pediatra. As equipes conhecem poucos pacientes, geralmente aqueles que têm mais crises, devido à procura pelo atendimento de urgência.

Outro fator dificultador deste processo é o fato de os egressos hospitalares serem desconhecidos, pois os funcionários do CS Serra Verde não sabem como acessar a base de dados e coletar tal informação e a mesma é desatualizada na Intranet (banco de dados da PBH). Quando o mesmo é analisado, existem erros devido a mudanças de domicílio que o sistema gestão não registra, o que o torna desatualizado. Três importantes motivos para se conhecer os egressos hospitalares são: avaliar o serviço com a queda de internações, saber quais os pacientes que têm maior risco de complicações ou são mais graves e captar pacientes que não usaram a porta de entrada da Unidade Básica de Saúde e tiveram seu diagnóstico realizado por outro serviço.

O fato de não haver um espaço para discussão de casos entre pediatra de apoio e médicos generalistas pode ser uma das causas do grande número de absenteísmo às consultas e aos grupos operativos.

Lasmar *et al.* (2002) corroboram estes fatos ao afirmar que o baixo nível socioeconômico, o tratamento profilático inadequado, as consultas repetidas em serviços de urgência, a ausência de acompanhamento regular e o desconhecimento das mães a respeito da doença, até mesmo desconhecendo cuidados ambientais, são fatores de risco para o aumento da hospitalização por asma.

Em uma pesquisa realizada no Recife, por Sarinho *et al.* (2007), foi demonstrado que a maior parte das crianças e adolescentes internados por asma não faziam tratamento ambulatorial preventivo, sendo as principais causas: a dificuldade de acesso ao ambulatório, a não referência para o acompanhamento e a falta de medicação profilática.

O atendimento da asma segue as premissas do Programa Criança que Chia, uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para o controle da internação e redução da mortalidade infantil por doenças respiratórias (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2002).

O Programa Criança que Chia, inicialmente chamado de Reorganização da Assistência Pública ao Paciente Asmático, foi implementado em 1996 em parceria entre a PBH e o Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Este programa, em sua fase de implementação, contemplava a faixa etária até cinco anos, pois esta era responsável por 65% das internações por asma. Hoje, a população-alvo são as crianças até 14 anos de idade, residentes em Belo Horizonte que são captadas através de consultas nas unidades básicas de saúde, na sala de vacina, na farmácia ao buscar um medicamento, na busca por egressos hospitalares por asma ou pneumonia (Curso teórico-prático de doenças respiratórias da criança com ênfase em asma – 2007).

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1- Objetivo geral**

Discutir a proposta de reorganização do atendimento ao asmático ou chiador (Programa Criança que Chia) por meio da elaboração de um protocolo local no CS Serra Verde com a finalidade de alcançar maior cobertura.

### **2.2- Objetivos específicos**

Realizar um levantamento acerca das crianças asmáticas (menores de 14 anos) inseridas na área de abrangência do Centro de Saúde Serra Verde.

Identificar os principais fatores de entrave para a cobertura eficaz dentro do programa.

Sensibilizar a equipe de saúde e os familiares sobre a importância do controle adequado da asma.

Propor a protocolização do atendimento por meio de condutas uniformes baseadas no Protocolo Criança que Chia.

### **3- METODOLOGIA**

#### **3.1- Cenário do estudo**

O cenário do estudo é a Unidade de Saúde da Família do bairro Serra Verde do município de Belo Horizonte.

A cidade de Belo Horizonte (BH), capital de Minas Gerais, possui uma área de 330,95 km<sup>2</sup> com 2.424.295 habitantes correspondendo à sexta cidade mais populosa do Brasil. A região metropolitana possui 5.068.369 habitantes (BELO HORIZONTE, 2008).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2005 configuram BH como o quinto maior Produto Interno Bruto (PIB) do país, ocupando o terceiro lugar em importância econômica. O setor terciário (serviços e comércio) contribui com 80% da riqueza produzida no município, sendo completada pelo setor industrial com destaque para a indústria automobilística, autopeças, siderurgia, eletrônica e construção civil.

Em relação à saúde, Belo Horizonte conta com 1.032 estabelecimentos de saúde com uma rede de 36 hospitais. Iniciado em 1994, o PSF conta hoje com 513 equipes de saúde da família e 146 centros de saúde, perfazendo um total de 75% da cobertura, que corresponde a 390 mil famílias assistidas (IBGE, 2007).

A SMSA/BH, órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, optou por reorganizar os serviços de saúde em base territorial, através da definição de nove Distritos Sanitários (Anexo 1), cada um com seu espaço geográfico, populacional e administrativo definidos.

Os desafios apontados hoje para melhorar nos indicadores do PSF estão centrados na maior capacitação profissional, maior valorização social do profissional de saúde, além das estratégias para se trabalhar melhor a demanda espontânea e os atendimentos de urgência que crescem em volume a cada dia, além do aumento da cobertura.

O bairro Serra Verde fica localizado no Distrito Sanitário de Venda Nova, incorporando uma população de 17.150 habitantes (IBGE, 2000) com predomínio de população jovem, residindo em áreas com significativas precariedades de infraestrutura urbana.



A unidade possui quatro equipes para atendimento da população adscrita e cada uma é composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes de saúde, além do apoio de um pediatra, um ginecologista, um clínico e duas equipes de Saúde Bucal.

### **3.2- Percurso**

No Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, especificamente em seu terceiro módulo que retratava o planejamento e a avaliação das ações de saúde, foi proposta a realização de um diagnóstico situacional local, por meio do método de Estimativa Rápida, do bairro Serra Verde e, posteriormente, a elaboração de um Plano de Ação.

Cardoso, Faria e Santos (2008, p.32) definem a Estimativa Rápida como:

[...] modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem grandes gastos, constituindo uma ferramenta importante para apoiar um processo de planejamento participativo.

A equipe inicialmente buscou informações sobre a população adscrita com relação a sua composição por sexo e faixa etária; informações sobre o ambiente físico e socioeconômico, como habitação, grau de saneamento, nível de escolaridade e renda, perfil de doenças; informações sobre serviços sociais como creches, centros sociais, escolas, áreas de recreação. Estes dados foram buscados em um banco de dados chamado Intranet que abrange vários outros como o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), além do FENIX e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que podem ser acessados apenas através dos computadores que estão ligados ao provedor da PBH, através do endereço: <http://intranet.smsa.pbh/bancos.html>.

Não foi possível fazer um diagnóstico relacionado ao Centro de Saúde Serra Verde já que apenas componentes da Equipe 2 estavam fazendo o curso e se envolveram nesta estratégia.

Posteriormente foram feitas entrevistas semiestruturadas com indivíduos da população que, por falta de tempo hábil, foi realizada parcialmente com informantes-chave como

trabalhadores públicos locais (funcionários de escolas e creches), líderes comunitários (representantes do Conselho Local de Saúde, pastores e padres) e com as ACS que são tanto representantes da população quanto do serviço de saúde.

Após o diagnóstico situacional deveríamos apresentar um projeto baseado no Planejamento Estratégico Situacional proposto por Matus (1993) no qual foi delineado um Plano de Ação para intervir na adesão dos profissionais e dos pacientes ao Programa Criança que Chia.

Foram realizadas reuniões de equipe para a definição do problema prioritário e para esta definição utilizamos critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe e então foi escolhida a asma como o problema prioritário.

A quantificação ou descrição do problema já havia sido feita na etapa do diagnóstico situacional com os principais indicadores de asma. Conhecíamos quantitativamente os asmáticos, mas ainda não sabíamos quem eram. Para tanto, o farmacêutico fez o levantamento de todas as pessoas que haviam retirado Salbutamol e Beclometasona Spray na farmácia local. O relatório em questão pode ser acessado por qualquer auxiliar de enfermagem que esteja habilitado a atuar na farmácia e com o Sistema Gestão.

## **4- DESENVOLVIMENTO**

### **4.1- Conceito**

Conceitua-se a asma como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que tem evolução marcada por hiperreatividade brônquica variável. Manifesta-se por obstrução brônquica generalizada, normalmente reversível, mas com possibilidade de refratariedade (DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006).

A hiper-reatividade brônquica é caracterizada por uma resposta broncoconstritora exagerada frente a estímulos provocativos e seu grau se correlaciona com a expressão clínica da doença, de forma que quanto maior a hiperreatividade mais intensa e duradoura a obstrução brônquica.

Os estímulos que iniciam a obstrução das vias aéreas são alérgenos como os ácaros, pólenes, fungos, pelos de animais e antígenos de insetos; irritativos como fumaça de cigarro, queimada ou industrial, poluição ambiental; infecciosos como as causadas por vírus e por *Mycoplasma*; alterações climáticas e esforço físico (GINA, 2010).

### **4.2- Morbidade e mortalidade**

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras para o controle da asma existem no mundo cerca de 300 milhões de asmáticos. No Brasil representa a quarta causa de hospitalização com cerca de 350 mil internações ao ano. Em 2005 o SUS teve um gasto de 96 milhões de reais (1,4% do gasto total com todas as doenças) com internações por asma. Em Belo Horizonte a prevalência de asma entre adolescentes de 13 e 14 anos foi estimada em 17,8% no ano de 2009 segundo Alvim *et al.* (2009).

### **4.3- Manifestações clínicas**

A asma acomete todas as idades, mas geralmente se inicia na infância. É importante ressaltar que nem toda criança que chia tem asma, principalmente até os cinco anos de idade. Nesta

faixa etária existem: sibilantes transitórios, que chamam até os três anos de vida e sua chieira estão associadas à infecção viral e ao tabagismo materno, tem função pulmonar diminuída devido a um menor diâmetro das vias aéreas; sibilantes não atópicos, que apresentam sibilância recorrente e associada à infecção viral e nenhuma história familiar de atopia (asma ou dermatite atópica) e apresentam resolução por volta dos 11 aos 13 anos (GINA, 2010).

O diagnóstico de asma em menores de cinco anos é essencialmente clínico. Habitualmente há associação de sintomas recorrentes como tosse seca e irritativa inicial, seguida por chieira. Segundo GINA (2010), episódios frequentes de sibilância (mais de um no mês), tosse ou sibilos provocados por atividade física, tosse noturna na ausência de infecção viral, persistência de sintomas após os três anos são altamente sugestivos de asma nesta faixa etária. E ainda, em menores de três anos, a presença de um fator de risco maior (pais com história de asma ou eczema) ou dois menores (eosinofilia, sibilância sem resfriado e rinite alérgica), preditiva da presença de asma na infância tardia.

De acordo com GINA (2010) a asma pode ser classificada como persistente quando há presença de sintomas e/ou provas de função pulmonar alteradas na intercrise, ou seja, entre períodos de crise. A asma persistente pode ser subdividida em leve, moderada e grave. Pode ainda ser considerada intermitente com intercrises assintomáticas e prova de função pulmonar normal.

Outras causas de sibilos recorrentes devem ser excluídas, principalmente se os sintomas se iniciam no período neonatal com retardo de crescimento ou se são associados a vômitos ou sinais pulmonares focais ou cardiovasculares: rinosinusite crônica; refluxo gastroesofágico; infecções recorrentes do trato respiratório inferior, principalmente virais; fibrose cística; displasia broncopulmonar; tuberculose; malformação congênita provocando alteração de vias aéreas; aspiração de corpo estranho; síndrome da discinesia ciliar primária; imunodeficiência; cardiopatia congênita (LEÃO *et al* , 2005).

#### **4.4- Tratamento**

O tratamento da asma objetiva: controlar os sintomas (mínimos ou ausentes); identificar e diminuir ou eliminar os fatores desencadeantes; permitir atividade física e prática de esportes

sem restrições ou limitações; prevenir episódios de asma aguda e asma aguda grave; evitar hospitalizações ou idas a emergências devido a crises; minimizar efeitos adversos das drogas. (LEÃO *et al*, 2005)

As ações consistem em cuidados com o ambiente, ações educativas, acompanhamento regular nos centros de saúde e o uso adequado da medicação preventiva.

#### **4.4.1- Tratamento medicamentoso**

O tratamento medicamentoso é composto por tratamento de manutenção e de resgate.

##### **4.4.1.1- Tratamento de manutenção**

O tratamento de manutenção, controle ou profilático deve ser usado em pacientes portadores de asma persistente, seja ela leve, moderada ou grave. Os anti-inflamatórios principais de manutenção podem ser: corticosteróides, modificadores de leucotrienos,  $\beta$ 2-agonistas de longa ação e a teofilina.

O mais usado é o corticóide inalatório. Este é disponível nas farmácias dos centros de saúde de Belo Horizonte na forma de Dipropionato de Beclometasona. É eficaz na medida em que diminui os sintomas, melhora qualidade de vida e a função pulmonar, diminui a hiperreatividade das vias aéreas, controlando a inflamação, reduz a frequência e a gravidade da exacerbação (GINA, 2010). Tem custo anual equivalente a 2,25 dias de hospitalização por asma (LEÃO *et al*, 2005).

Os  $\beta$ 2-agonistas de longa ação não devem ser usados como monoterapia por não influenciar a inflamação das vias aéreas. São usados principalmente em combinação com um corticosteróide inalatório quando este falha em atingir o controle da asma (GINA, 2010).

#### **4.4.1.2- Tratamento de resgate**

O tratamento de resgate ou alívio é baseado no uso da medicação de rápido efeito, aliviando a broncoconstrição e seus sintomas. Seu uso aumentado é um alerta de deterioração do controle da asma e indica a necessidade da reavaliação do tratamento.

Os medicamentos utilizados como tratamento de resgate são: corticóides sistêmicos, anticolinérgicos, teofilina e  $\beta$ 2-agonistas de ação rápida e de curta duração sendo estes os principais representantes (LEÃO *et al*, 2005).

#### **4.4.2- Tratamento não medicamentoso**

De acordo com Stephan *et al.*(2009), orientações como o manejo da crise, o reconhecimento dos fatores desencadeantes e as modificações ambientais ou comportamentais, além de melhorar a relação médico, paciente e família, têm baixo custo/benefício e mesmo assim são pouco praticadas na Atenção Primária, tendo sido encontrada em apenas 15% dos prontuários em uma Unidade de Saúde de Família de Pelotas, RS.

GINA (2010) destaca que a educação e a parceria entre a equipe e o paciente são importantes, e para que isto ocorra é fundamental o foco no desenvolvimento da parceria, da aceitação de que isto é um processo contínuo, do compartilhamento das informações, da discussão completa das expectativas, expressão de medos e preocupações. É importante ainda que haja informações específicas, treinamento e conselhos sobre diagnóstico, diferença entre medicação de alívio e profilática, efeitos colaterais potenciais das medicações, uso de dispositivos para inalação, prevenção de sintomas e ataques, sinais que sugerem a piora da asma e ações a serem tomadas, monitoramento do controle da asma e quando e como procurar o atendimento médico.

#### **4.5- Diagnóstico Situacional – Equipe 2 de Saúde da Família – Bairro Serra Verde – Belo Horizonte**

Este trabalho objetiva a exposição de dados que sintetizem o diagnóstico situacional da Equipe 2 que atua com a população localizada nas micro áreas 1, 2, 3, 10. Apenas esta equipe foi contemplada porque somente nela havia representantes fazendo o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e a participação das ACS seria muito importante na coleta de dados.

O bairro fica localizado no distrito sanitário de Venda Nova (distrito com 28.130 km<sup>2</sup>, correspondendo a 25% da área de todo o município de Belo Horizonte) incorporando uma população de 17.150 habitantes (IBGE, 2000) com predomínio da população jovem, residindo em áreas com significativas precariedades de infraestrutura urbana.

Caracteriza-se por ser uma região predominantemente residencial e urbanizada, funcionando principalmente como bairro dormitório com concentração residencial e conjuntos habitacionais. Conta com duas escolas (municipal e estadual), um centro de saúde, um centro de convivência – Centro de Vivência Agroecológica (CEVAE) – com objetivos de estimular a participação popular (ANDRADE; CASTRO, 2008).

Esta região vem sofrendo transformações importantes com a construção da Linha Verde, que foi lançada em maio de 2005. Trata-se de um conjunto de obras viárias em Belo Horizonte e região metropolitana. Somada a este projeto há também a recente transferência do Centro Administrativo de Minas Gerais, erguido na antiga sede do Hipódromo Serra Verde (Jóquei Clube de Minas Gerais).

Essas obras geraram empregos, valorização imobiliária e movimentação do comércio. Mas ao mesmo tempo, trouxeram como consequência a desapropriação de antigos moradores havendo mudanças no perfil populacional.

#### **4.5.1- Histórico de saúde**

A Estratégia da Saúde da Família começou a ser discutida em Belo Horizonte desde 1999, com a implantação de um projeto piloto que contou com 22 equipes, em 22 dos 129 centros de saúde do Município. O programa estava sendo discutido em todo o país como alternativa, apoiada pelo Ministério da Saúde, para a solução de parte dos problemas como estruturar uma rede básica eficaz, que dê respostas aos principais problemas da população, previna riscos, reabilite pessoas com problemas crônicos e que seja capaz de promover saúde. A reordenação do sistema de saúde tem como eixo a atenção básica, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de atenção.

No primeiro semestre de 2000, através do Programa BH VIDA, foram incorporados à rede 2.625 Agentes Comunitários de Saúde. Estes agentes teriam capacitação permanente e exerceriam as atividades de vigilância, educação e promoção da saúde, além de fazer o cadastro de famílias.

Já no ano de 2001, iniciaram-se as discussões sobre as Equipes de Saúde da Família como uma alternativa de ampliação dos serviços e a reorganização da rede básica que se deu através de uma ampla mobilização de gestores, trabalhadores e suas representações sindicais, conselhos e usuários do SUS de Belo Horizonte.

Neste mesmo ano, em março, foi realizado um seminário para a discussão das principais diretrizes do governo quanto à atenção básica, com participação de todos os gerentes dos centros de saúde, coordenadores do Programa de Agentes Comunitários da Saúde, técnicos dos níveis central e distritais da Secretaria Municipal de Saúde. Neste seminário foram discutidas as principais diretrizes de governo para a saúde, definindo-se pela criação de cinco grupos de trabalho para dar seguimento às discussões iniciadas.

Estes grupos, compostos por representantes das unidades básicas e dos distritos, bem como do nível central, concentraram-se em cinco principais temas: transição de modelo de atenção, composição das equipes, infraestrutura, capacitação e acompanhamento dos distritos. Os mesmos reuniram-se regularmente nos meses subsequentes, discutindo as principais questões e as alternativas para a superação dos problemas levantados.



Paralelamente, foram realizadas inúmeras discussões em outras esferas, como no Colegiado de Gerentes de Distrito, Secretaria de Políticas Sociais, Sindicatos, Associações, UFMG, Conselho Municipal e Conselhos Regionais de Saúde, Unidades de Saúde, trabalhadores, usuários, etc., proporcionando um aprofundamento progressivo das propostas e suas adequações às diferentes realidades da cidade.

O processo de composição das equipes seria por adesão voluntária dos trabalhadores da rede pública municipal – centros de saúde, Centros de Especialidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Hospital Odilon Behrens (HOB) e Postos de Assistência Médica (PAM's) – e municipalizados de diversas origens. Se necessário seriam convocados os aprovados dos concursos já existentes ou, se indispensável, realizados novos concursos.

As equipes foram implantadas de forma a ocupar em primeiro lugar as regiões de risco muito elevado (125 equipes iniciais) e, a seguir, as de risco elevado e médio (133 equipes em segunda etapa). A implantação se daria de forma gradativa, respeitando a realidade local, os critérios de risco, a adesão dos profissionais e a infraestrutura.

Ações como visitas domiciliares a serem realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais membros das equipes de acordo com avaliação clínica e/ ou epidemiológica específica já foram introduzidas na discussão, além de metas e indicadores, satisfação do usuário, diagnóstico epidemiológico da população adscrita bem como a capacitação permanente (termos bastante discutidos ainda hoje).

O projeto seria financiado com recursos provenientes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

A avaliação do projeto seria contínua, com prestação de contas aos Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde, além do envio mensal dos indicadores do SIAB à Diretoria Metropolitana da Secretaria Estadual de Saúde (DMS-SES).

Contamos com poucas informações sobre o surgimento da unidade básica de saúde no bairro. Os funcionários apontam que alguns já estavam inseridos na prefeitura e optaram pela transferência do hospital para a unidade. Outros foram contratados a partir de concursos públicos, sendo que estes ainda são realizados até o momento atual.

Há registros da ocorrência de discussões com a participação do Colegiado de Gerentes de Distrito, Secretaria de Políticas Sociais, Sindicatos, Associações, UFMG, Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Regionais de Saúde, unidades básicas de saúde, trabalhadores, usuários, entre outros, possibilitando o aprofundamento e o desenvolvimento das propostas e suas adequações às diferentes realidades da cidade.

Em relação às áreas de atuação das equipes, primeiramente foi feita a contratação das ACS no primeiro semestre de 2000 e realizado levantamento e cadastro das famílias e instalado o PSF em áreas de risco muito elevado, a partir de um diagnóstico local já existente e à medida que foi aumentando a cobertura com o objetivo de atingir a meta de 75% de cobertura, foram ocorrendo novas divisões e sendo criadas novas equipes de saúde de família.

#### **4.5.2- A Saúde hoje**

O CS Serra Verde foi inaugurado há aproximadamente 18 anos, sendo que há oito anos aderiu ao PSF. Possui farmácia, sala de vacina, sala de coleta de material para exames laboratoriais, recepção, sala da gerência, cozinha, almoxarifado, sala de reuniões, além de consultórios. Foi reformado recentemente, trazendo melhora do espaço físico.

Atualmente o CS Serra Verde conta com quatro equipes de Saúde da Família, (Equipe 1, Equipe 2, Equipe 3 e Equipe 4), apoio de um clínico, um ginecologista e uma pediatra, além de duas equipes de saúde bucal e uma de apoio complementar do serviço do NASF com profissional fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. As equipes se encontram até a presente data completas com médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro ACS.

Funciona de segunda a sexta-feira das 7 às 19 horas e os profissionais cumprem uma carga horária de 40 horas/semana, revezando-se em turnos.

Cada equipe tem um horário de acolhimento, sendo que a maioria é realizado pela manhã e preenche cerca de 50% do tempo de cada equipe que vê suas práticas de prevenção e promoção prejudicadas.

As Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte têm ajudado em relação à organização do trabalho e uma nova forma de fazer acolhimento tem sido discutida no CS.

As consultas, em sua maioria, são marcadas no acolhimento e poucas são marcadas imediatamente após uma consulta de controle, demonstrando que ainda estamos centrados no atendimento da demanda espontânea em detrimento das ações programadas.

#### **4.5.3- Aspectos demográficos**

O bairro Serra Verde fica localizado no Distrito Sanitário de Venda Nova, incorporando uma população em 2008 de 17.150 habitantes (IBGE, 2000) com predomínio de população jovem, residindo em áreas com significativas precariedades de infraestrutura urbana.

Tabela 1- Distribuição da população segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe 2 de Saúde da Família, 2008.

Faixa etária	Número	%
Menos de 1 ano	19	0.7
1-2 anos	34	1.3
2-5 anos	145	5.6
5-10 anos	154	6.0
10-20 anos	314	12.1
20-60 anos	1687	64.8
60-65 anos	109	4.2
65-85 anos	125	4.8
85 anos ou mais	14	0.5
Total	2601	100.0

Tabela 2- Distribuição da população segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe 2 de Saúde da Família segundo a micro-área, 2008.

	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 10	Total
Menores de 1 ano	07	04	02	06	19
1-2 anos	08	04	07	15	34
2-5 anos	24	30	41	50	145
5-10 anos	39	30	40	45	154
10-20 anos	76	70	56	112	314
20-60 anos	349	280	268	800	1687
60-65 anos	16	10	18	65	109
65-85 anos	15	40	25	45	125
85 anos ou mais	03	06	03	02	14
Total	527	474	460	1140	2601

#### 4.5.4- Aspectos Ambientais

O bairro Serra Verde é predominantemente residencial e todo urbanizado (rede de esgoto, rede elétrica, ruas pavimentadas, coleta regular de lixo e linhas de ônibus), sendo o comércio local pouco diversificado. Mas há áreas com aglomerados de famílias que vivem em situações de infraestrutura precárias, área de esgoto a céu aberto e acúmulo de lixo em lotes vagos facilitando o aparecimento das doenças diarreicas, infecto-contagiosas e proliferação de insetos e ratos (ANDRADE; CASTRO, 2008).

Tabela 3- Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e micro-área na área de abrangência da Equipe 2 de Saúde da Família, 2008.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 10	Total
Rede geral	270	182	180	330	962
Poço ou nascente	0	0	0	0	0
Total	270	182	180	330	962

Tabela 4- Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e micro-área na área de abrangência da Equipe 2 de Saúde da Família, 2008.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 10	Total
Fossa rudimentar	21	0	0	0	21
Rede não oficial	0	0	0	0	0
Rede oficial	249	182	180	330	941
Total	270	182	180	330	962

Tabela 5- Destino do lixo segundo a modalidade e a micro-área na área de abrangência da Equipe 2 de Saúde da Família, 2008.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 10	Total
Coleta pública	249	182	180	330	941
Queimado/enterrado	0	0	0	0	0
Céu aberto	21	0	0	0	21
Total	270	182	180	330	962

#### 4.5.5- Aspectos socioeconômicos

A região é caracterizada pelo baixo dinamismo econômico quando comparada com as demais regiões do município, com uma população local pobre, de pouco conhecimento, de frágil organização sociopolítica e muito carente de apoio social e mobilização política para seu próprio desenvolvimento. Apesar de Belo Horizonte concentrar 77% do PIB do setor terciário de toda a região metropolitana de BH, pouco dessa dinâmica está presente na porção mais ao norte de BH. (SOUSA, 2006 *apud* ANDRADE;CASTRO, 2008)

Tabela 6- Famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família segundo a micro-área na área de abrangência da Equipe 2 de Saúde da Família, 2008.

Bolsa Família	2008
Micro 1	17
Micro 2	22
Micro 3	21
Micro 10	28

Tabela 7- Renda familiar por equipe do Centro de Saúde Serra Verde em 2000 segundo o Censo BH Social.

Renda familiar	EQUIPE1	EQUIPE2	EQUIPE3	EQUIPE4	Sem equipe	Total
Até 1 Salário Mínimo	47	93	85	32	27	284
De 1,01 a 2 Salários Mínimos	192	185	201	133	66	777
De 2,01 a 3 Salários Mínimos	128	218	208	165	70	789
De 3,01 a 5 Salários Mínimos	99	230	170	215	95	809
De 5,01 a 10 Salários Mínimos	69	151	88	152	50	510
De 10 a 20 Salários Mínimos	7	30	14	28	10	89
Acima de 20 Salários Mínimos	1	2	1	1		5
Não Informado	14	12	11	18	3	58
Sem Renda	20	38	46	22	12	138
Totais	577	959	824	766	333	3459

#### 4.5.6- Aspectos epidemiológicos

Aqui veremos a relação entre a doença e a população e o meio ambiente. Quais as doenças que são mais percebidas pela população, quais as doenças geralmente causam óbito e em que ponto podemos localizar a asma neste contexto.

#### 4.5.6.1- Morbidade referida

As doenças mais prevalentes conforme percepção dos profissionais são: hipertensão; dor osteomuscular, depressão e humor deprimido, diabetes e asma e nem todas aparecem na tabela a seguir.

Tabela 8- Morbidade referida segundo a micro área na área de abrangência da Equipe 2 de Saúde da Família, Bairro Serra Verde, Município de Belo Horizonte, 2008.

Morbidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 10	Total
Tuberculose	0	0	0	0	0
Hipertensão	55	63	66	115	299
Diabetes	04	10	13	30	57
Doença de Chagas	0	01	0	0	01
HIV	02	0	0	02	04
Doença Mental	01	05	04	11	21

#### 4.5.6.2 Mortalidade

Tabela 9- Mortalidade proporcional por faixa etária na área de abrangência da Equipe 2 de saúde da família, bairro Serra verde, município de Belo Horizonte, 2008.

Ano do óbito	2008
Menores de 1ano	0
1 a 5 anos	0
5 a 15 anos	0
15 a 50 anos	02
50 a 65 anos	04
65 a 85 anos	10
85 anos ou mais	03

Tabela 10- Óbitos de residentes Segundo a micro-área na área de abrangência da Equipe 2 de saúde da família, bairro Serra Verde, município de Belo Horizonte, 2008.

Equipe 2	2008
Micro 1	03
Micro 2	0
Micro 3	05
Micro 10	11

Tabela 11

Óbitos de residentes segundo o grupo de causas na área de abrangência da Equipe 2 de saúde da família, bairro Serra Verde, município de Belo Horizonte, 2008

Grupo de causas CID 10	2008
Doenças do aparelho circulatório	07
Neoplasias	04
Doenças do aparelho respiratório	03
Causas externas	01
Demais causas	04
Total	19

#### 4.5.6.3- Indicadores em relação a Asma

No Centro de Saúde Serra Verde o atendimento aos casos agudos de asma é norteado pelo protocolo da prefeitura – Criança que Chia.

Na sala de medicação, onde a maioria dos casos é atendida, há cartazes que norteiam a condução dos casos enfatizando desde os sinais de alerta como a terapêutica utilizada e o acompanhamento até a retirada da crise.

No momento, além da pediatra, os clínicos foram treinados para este atendimento, mas o que podemos notar é que nem sempre há uma linguagem comum que reforçaria a conduta correta. Há prescrição de Salbutamol *spray* para as crianças que não são inscritas no Programa Criança que Chia e o mesmo é entregue na farmácia. Às vezes a criança volta muito tempo depois quando tem nova crise demonstrando a descontinuidade do tratamento.



Temos concluído que ainda impera a necessidade de treinamento em serviço e a discussão do protocolo entre os profissionais.

A nossa unidade disponibiliza o tratamento para os casos inseridos no protocolo, mas o controle da adesão ainda não é eficaz e consideramos como ponto facilitador deste controle os registros fornecidos pela farmácia, além da inserção maior dos profissionais que ali atuam para a detecção de falhas na adesão através das receitas vencidas e da falta de relatórios para a aquisição do corticóide inalatório, pois muitas mães procuram o serviço com receitas advindas de consultas eletivas destituídas de controle posterior e receitas da UPA que demonstram a falta de controle de certos casos.

Existe um alto índice de absenteísmo nas consultas de controle ou acompanhamento dos casos, mas os pacientes geralmente são orientados a retornar com a periodicidade estabelecida geralmente pela pediatra que atende a maioria dos casos, mas para marcar efetivamente a próxima consulta, o responsável precisa retornar ao acolhimento e às vezes esperar por quase 4 horas para marcar a consulta. Assim, desanimados, só retornam quando a criança tem nova crise, já que é atendida rapidamente e no mesmo dia.

Como as equipes não participam do grupo e o atendimento de controle praticamente inexistente, a família não percebe na equipe parceria, não cria vínculo e como resultado há um desconhecimento do problema. Este desconhecimento piora a adesão ao tratamento, gera hábitos de vida inadequados e aumenta a demanda de crises asmáticas, gerando um círculo vicioso.

Tabela 12- Indicadores de asma na Equipe 2 do Centro de Saúde Serra Verde no ano de 2008.

---

Asma: pacientes captados com menos de 5 anos/ população com menos de 5 anos	40/225	17.78%
Asma: pacientes com profilaxia <5 anos/ população <5 anos	11/225	4.89%

---

#### **4.5.6.4- Principais problemas Identificados**

Após analisar os dados e a partir das conversas foram listados os principais problemas da Equipe 2 do CS Serra Verde:

- Violência
- Drogadição
- Etilismo
- Falta de opções de lazer
- Humor deprimido e depressão
- Risco de proliferação de patologias
- Cobertura de crianças asmáticas reduzida
- Número significativo de casos de obesidade
- População pouco atuante nas decisões e nas reuniões de comissão local

#### **4.6- Proposta de intervenção**

Para facilitar a discussão da proposta será apresentado cada nó crítico e sua abordagem.

- Não adesão da equipe de saúde da família no atendimento agendado dos asmáticos

Operação: Envolver toda a equipe no atendimento ao asmático, inclusive responsabilizando-a por efetuar a busca ativa de faltosos.

Resultados esperados: atendimentos aos asmáticos realizados por todas as equipes, inclusive com reserva de horário na agenda para tal atendimento.

Produtos esperados: Participação efetiva das quatro equipes (100%) no controle da asma.

Recursos necessários: Será necessário criar na agenda de cada equipe um momento para atendimento ao asmático.

Responsáveis: Gerente e enfermeiras das equipes.

Prazo: 30 dias.

- Desconhecimento das equipes sobre o Programa Criança que Chia

Operação: Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais sobre o protocolo Criança que Chia.

Resultados esperados: Maior conhecimento e envolvimento das equipes em asma.

Produtos esperados: Realização de grupos de estudo e discussão com os profissionais das equipes.

Recursos necessários: São necessários recursos cognitivos (conhecimento do tema), recurso organizacional com a criação da agenda, além de um maior envolvimento dos profissionais em aceitar as mudanças nas condutas.

Responsáveis: Gerente e pediatra.

Prazo: 30 dias.

- Processo de trabalho da equipe de saúde da família

Operação: Melhorar o fluxograma para a captação de asmáticos.

Resultados esperados: Aumento na oferta de consultas e atividades educativas. Atendimento responsável, holístico e humanizado.

Produtos esperados: Funcionários capacitados e fluxo implantado.

Recursos necessários: Elaboração de um fluxo de atendimento e adesão dos profissionais.

Responsáveis: Toda a equipe, pediatra e gerente da unidade.

Prazo: 30 dias logo após a discussão do protocolo.

- Falta de monitoramento sobre a periodicidade da realização das consultas

Operação: Criar um sistema de monitoramento de comparecimento em consultas e uso correto da medicação.

Resultados esperados: Equipe informada sobre a periodicidade das consultas, comparecimento às mesmas e também a procura pelos medicamentos na farmácia.

Produtos esperados: Arquivo rotativo (anexo2) constando consultas e dispensação de medicamentos na farmácia.

Recursos necessários: Recurso cognitivo para a criação da ficha para o arquivo, recurso organizacional, para a montagem do arquivo e por fim envolvimento dos profissionais em repassar informações.

Responsáveis: O farmacêutico tem a responsabilidade de informar mensalmente as liberações de medicamentos contra a asma; o enfermeiro é responsável por manter o arquivo; generalistas, enfermeiras e pediatra são responsáveis por montar a ficha.

Prazo: 30 dias.

- Avaliação trimestral do programa

Operação: Criar um grupo com pelo menos um médico generalista, um enfermeiro e a pediatra para a avaliação trimestral do programa.

Resultados esperados: Conhecimento a respeito da aplicação e eficácia do programa.

Produtos esperados: Identificação de acertos e falhas na aplicação do programa, fazendo adequações e até mesmo novas sugestões de intervenção.

Recursos necessários: Será necessária a criação da equipe e posterior agendamento das reuniões com disponibilização de tempo dos profissionais.

Responsáveis: Gerente, médico generalista, pediatra e enfermeiro.

Prazos: Trimestralmente a partir da data de implantação do programa.

O primeiro e o segundo nós críticos identificados são a *não adesão da equipe de saúde da família no atendimento agendado dos asmáticos* e o *desconhecimento sobre o Programa Criança que Chia*. Estes são dados que merecem intervenção visto que a educação continuada é parte fundamental no controle da doença, pois não há adesão se não houver conhecimento

do assunto uma vez que a teoria solidifica a prática e a torna real. Esta afirmativa encontra corroboração em Mattar (2008) que explicita uma importante atualização da asma em pediatria. Outros estudos como Lasmar *et al.*, (2006), *apud* Neto *et al.* (2008) indicam que a organização dos sistemas de saúde e a educação em asma do profissional e do paciente são responsáveis por uma acentuada diminuição do número de internações pela doença. Brandão (2009) desenvolve seu estudo a respeito do Programa de Controle de Asma e Rinite Alérgica em Feira de Santana (ProAR-FS) e tem como resultados positivos o fato de que o processo de educação e capacitação direcionado aos profissionais de saúde aliado ao fornecimento de medicamentos e à implementação de um ambulatório de referência se torna uma estratégia muito efetiva para o controle da asma.

Silveira *et al.* (2009) relatam que a não aplicação das diretrizes de diagnóstico e tratamento da asma por parte dos médicos, contribui significativamente para o fracasso do controle da doença, reforçando a necessidade de existir, sistematicamente a implementação de programas oficiais de educação médica continuada que priorizem o nível de atenção primária com a instrumentalização e o treinamento adequados.

O terceiro nó crítico destacado no presente estudo, *processo de trabalho da equipe de saúde da família*, envolve objetivos de se aumentar o número de consultas e atividades educativas, assim como o atendimento com responsabilização, visão holística e humanizada, através da elaboração de um fluxo de atendimento capaz de captar precocemente o paciente asmático e proporcionar maior adesão dos profissionais envolvidos.

Lasmar (2002) analisou os fatores de risco para a hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos e percebeu que embora a grande maioria dos pacientes tivesse contato com o CS este se dava quase que exclusivamente na sala de vacina já que as mesmas possuíam o calendário vacinal básico atualizado, porém não tinham vínculo com a atenção primária para o controle periódico da doença e adequada profilaxia com os corticóides inalatórios. Daí a importância do caráter multiprofissional e a troca de informações e saberes que possam transformar e unificar as ações.

Lasmar (2007) preconiza a participação do farmacêutico como linha de frente para identificar os asmáticos faltosos à farmácia e, portanto, não aderentes. Santos *et al.* (2010) corroboram a idéia da participação do farmacêutico, até mesmo em programas educacionais, já que desta

maneira se consegue a melhora da aderência ao tratamento medicamentoso, sua correta utilização, a detecção dos problemas relacionados aos medicamentos, a melhora da qualidade de vida do paciente e a redução do número de visitas aos serviços de emergência.

*A falta de monitoramento sobre a periodicidade da realização de consultas*, o quarto nó identificado, se refere também à solicitação do medicamento na farmácia do CS. O paciente adere ao tratamento na medida em que usa corretamente a medicação prescrita e também participa de atividades sugeridas, entre elas a consulta.

Faria (2008) reforça a importância da consulta para aumentar a eficácia dos serviços de saúde desde que utilizada de forma adequada por um profissional com formação humanista. A escuta atenta, a marcação do retorno, a possibilidade de uma visita domiciliar, além de uma relação empática podem definir a adesão ao tratamento.

Se uma criança falta a uma consulta, engrossará as filas do acolhimento ou o atendimento de livre demanda em momentos de crise e talvez nem seja marcada nova consulta para controle. Conforme o material da Sexta Oficina de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, para sair deste círculo vicioso e entrar em um círculo virtuoso são necessárias diretrizes, autonomia para organizar o processo de trabalho e confiança nos trabalhadores das equipes. É preciso estabelecer um sistema de compromissos baseado em acordos possíveis. E um desses possíveis acordos seria a procura ativa de faltosos e a remarcação de consultas.

Para Neto (2007) os pacientes asmáticos devem ser reavaliados regularmente. Deve-se ainda dar atenção à função pulmonar, à avaliação do crescimento, à avaliação oftalmológica e dependendo da idade, a densitometria óssea deve ser considerada.

Ainda, segundo Neto (2007), como os asmáticos não têm total conhecimento teórico do quadro, os mesmos devem ser captados para os programas nas salas de emergências, hospitais, busca ativa na comunidade por meio do agente comunitário devidamente treinado, ambulatórios médicos públicos, privados ou de medicina do trabalho, escolas ou por meio de palestras em aulas de educação física (com envolvimento dos professores), farmácias e até mesmo pela mídia. A participação comunitária deve ser estimulada.

*A avaliação e o monitoramento*, o quinto e último nó são para Faria (2008) importantes para alimentar os processos de planejamento e de decisão, permitindo assim ajustes táticos,

mudanças de estratégia, expansão do projeto ou mesmo sua total interrupção. O próprio Programa Criança que Chia inicialmente realizado no Distrito Sanitário Oeste foi expandido para toda a cidade após os bons resultados que produziu.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que tem evolução marcada por hiper-reatividade brônquica variável. Crises de asma ocorrem principalmente devido à fragilidade do tratamento de manutenção, gerando grande demanda por exacerbações e também internações onerando o sistema e trazendo impacto para a vida do asmático e de sua família.

Assim como outras doenças crônicas, a asma pode ter seus índices de morbidade e mortalidade reduzidos com o acompanhamento e tratamento adequados na ABS e com o encaminhamento responsável ao setor secundário e terciário. Dessa maneira têm sido criados no Brasil vários programas que já demonstraram efetividade em se alcançar a melhora de indicadores com bons resultados para a população, o sistema de saúde e os pacientes.

O Programa Criança que Chora em Belo Horizonte guia as ações do cuidado em relação à asma. No CS Serra Verde, este programa não tem sido aplicado adequadamente, com perda da qualidade no tratamento profilático, gerando grande demanda por crise asmática.

Com o intuito de reorganizar o atendimento ao asmático e melhorá-lo é necessário treinamento a respeito da doença e do protocolo a ser seguido, assim como o engajamento dos profissionais no tratamento. Deve ser criado, também, um sistema para monitoramento das consultas e o uso adequado dos medicamentos. Os ACS e demais profissionais do CS deverão estar atentos para a captação desses pacientes para que haja o acompanhamento responsável e eficaz do tratamento.

Para que este programa, ou qualquer outro a ser implantado no CS, tenha sucesso é necessário haver planejamento, acompanhamento e avaliação.



## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1.337-1.349, jun. 2009.

ALVIM, C. G. *et al.* Prevalência e gravidade de asma em adolescentes de Belo Horizonte. **Rev Med de Minas Gerais**. v. 19, n. 4, p. 304-307, 2009.

ANDRADE, M. S. B.; CASTRO, B. S. I. **Residencial Serra Verde: política habitacional de Belo Horizonte na concepção da teoria do planejamento**, 2008. Disponível em: <[http://www.cedeplar.ufmg.br/seminaris/seminario\\_diamantina/2008/D08A093](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminaris/seminario_diamantina/2008/D08A093)>. Acesso em: 3 de outubro de 2008.

BELO HORIZONTE. Disponível em: <[http://pt.www.wikipedia.org/wiki/Belo\\_Horizonte](http://pt.www.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte)>. Acesso em: 3 out. 2008.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência/ Coordenação de Atenção à Criança e ao Adolescente. **Curso teórico prático de doenças respiratórias da criança com ênfase em asma**. Minas Gerais, 2007.

BORBA, R. I. H. *et al.* O Mundo da criança portadora de asma grave na escola. **Acta Paul. Enferm.** n. 22, p. 921-927, 2009.

BRANDÃO, H. V. *et al.* Hospitalizações por asma: impacto de um programa de controle de asma e rinite alérgica em Feira de Santana (BA). **J. Bras. Pneumol.**, v. 8, n. 35, p. 723-729, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[httpportal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_4\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf)>. Acesso em: 27 fev. 2011.

CASTRO, F. N. C. *et al.* O programa de asma após implantação do programa Saúde da Família – Percepção das mães. **Ver. Min. de Enf.**, v. 11, n. 2, p. 176-180, 2007.

CERCI NETO, A. *et al.* Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina. **J. bras. pneumol.**, n. 34, v. 9, p. 639-645, set. 2008.

\_\_\_\_\_; FERREIRA FILHO, O. F.; BUENO, T. Exemplos brasileiros de programas de controle de asma. **J. bras. pneumol.**, n. 34, v. 2, p. 103-106, fev. 2008.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O TRATAMENTO DA ASMA (IV). **J. Bras. Penumol.**, v. 32, S. 7, p. 447-474, 2006.

ESTATÍSTICAS E INFORMAÇÕES – Belo Horizonte. Disponível em: <<http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html>>. Acesso em: 3 out 2008.

FARIA, H. P. *et al.* **Módulo 2:** Modelo assistencial e atenção básica a saúde. NESCON/UFMG, 2008.

FONTES, M. J. F. *et al.* Asma brônquica. In: LEÃO, E. *et al.* (Ed.). **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. cap 47, p. 469-486,

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). **Global strategy for asthma management and prevention**. Bethesda: National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute Revised, 2009.

\_\_\_\_\_. **Global strategy for asthma management and prevention**. Bethesda: National Institute of Health National Heart, Lung and Blood Institute, 2010.

LASMAR, L. **et al.** Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. **Rev. Saúde Pública**, v. 4, n. 36, p. 409-419, 2002.

LASMAR, L. M. L. B. F. **et al.** Adesão ao uso de corticóide inalatório na asma: taxas relatadas pelos responsáveis e mensuradas pela farmácia. **J. Pediatr**, n. 83, v. 5, p. 471-476.f, out.2007.

LEÃO, E. *et al*, Eds. **Pediatria Ambulatorial**. 3.ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.

MATTAR, Z. D. L, Asma na infância. **Pediatr. Mod.**, p. 37-46, mar./abr. 2008.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MINAS GERAIS. Coordenação de Atenção à Criança. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo de atenção Integral à saúde da criança e do adolescente**. Minas Gerais, 2004.

\_\_\_\_\_. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Belo Horizonte: **Oficina VI – A Agenda das Equipes de Saúde e os Contratos Internos de Gestão**. 2010

NETO, A. C. **Asma em Saúde Pública**. Barueri: Manole, 2007

SARINHO, E. *et al.* A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. **J. Bras. Pneumol.**, v. 33, n. 4, p. 365-371, ago 2007.

SILVEIRA, C. D. *et al.* Avaliação da assistência ao paciente asmático no Sistema Único de Saúde. **J Bras Pneumol.** v. 35, n. 7, p. 628-634, 2009.

STEPHAN, M.; COSTA, J. S. D.; HOEFEL, A. L. Auditoria médica: atendimento de crianças com asma em uma Unidade de Saúde de Família. **Ver. Bras. Epidemiol.**, Pelotas, RS, v. 12, n. 2, p. 172-179, 2009.

STIRBULOV, R. Epidemiologia da Asma. **Boletim Pneumologia Paulista**, n. 33, p. 6-9, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Boletim**, Nº 1.370 - Ano 29 - 10.10.2002. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/boletim/bol1370/sexta.shtml>>. Acesso em: 13 nov 2010.

## Anexo 1

### Divisão de Belo Horizonte em Distritos Sanitários



## Anexo 2

### Modelo de quadro para acompanhamento dos asmáticos.

Nome	Data de nascimento	Prontuário eletrônico	Medicação em uso e posologia	Data da última entrega	Data da próxima entrega	Última consulta	Próxima consulta	Participação em grupo
AJF	01/01/1999	999999	Salbutamol (2 jatos de 4/4 horas)  Beclometasona 250 mcg (1 jato de 12/12 horas)	04/09/10	04/12/10 *	04/09/10	04/12/10	25/11/10  (S/N) **

\*calculado da seguinte maneira: 1 frasco vem com 200 doses, como o paciente toma 2 doses ao dia terá uma duração de 100 dias ou aproximadamente 3 meses. Então pode-se marcar nova consulta para esta data.

\*\*marcar se o paciente compareceu ao grupo marcado para aquela data. Marcar S se comparecer e N se não comparecer nenhum responsável ou cuidador da criança.