

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Agnes Silva Orlandi

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ATENÇÃO AOS
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, VIVER, NA CIDADE DE DATAS, ESTADO DE
MINAS GERAIS**

**Datas – MG
2020**

Agnes Silva Orlandi

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ATENÇÃO AOS
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, VIVER, NA CIDADE DE DATAS, ESTADO DE
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dr^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Datas – MG
2020

Agnes Silva Orlandi

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ATENÇÃO AOS
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, VIVER, NA CIDADE DE DATAS, ESTADO DE
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Banca examinadora

Professora. Liliane da Consolação Campos Ribeiro- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Professora. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de Agosto de 2020.

Nessa longa caminhada, há pedras que podem tornar o caminho mais árduo e difícil. Vencê-las é sempre um desafio, que proporciona, conseqüentemente, grandes aprendizados. Nesse processo de aprendizado e caminhada, estar junto é o principal meio de obter êxito.

Dedico esse trabalho aos meus pais, que são alicerce e força desde sempre.

A toda minha equipe da ESF Viver, meu muito obrigado por todo apoio, união e disposição para vencermos cada dia nesse trabalho lindo de fornecer atendimento e alívio ao próximo.

Aos meus pacientes, por terem me ensinado a cada dia amar e aprender mais minha profissão.

A minha sobrinha Helena e minha afilhada Maria por serem luz e por me mostrarem o quanto a vida é divina.

A Juju, por ser igualmente luz e harmonia em nossas vidas.

À minha tutora Adriana, por ter sido presença e auxílio na construção desse trabalho.

À minha orientadora Liliane, pela paciência, explicações, exemplificações e apoio.

“Curar quando possível, aliviar quando necessário, consolar sempre”

Hipócrates

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica apresenta-se com sinais e sintomas respiratórios, que estão associados à obstrução das vias aéreas inferiores. A doença surge devido à exposição prolongada a material particulado ou gases tóxicos, sendo o tabagismo a principal causa. A Estratégia de Saúde da Família Viver atua em seis zonas rurais distintas do município de Datas- Minas Gerais, sendo prevalente nessas regiões o tabagismo e o uso de fogão a lenha na maioria das residências. Tal fato contribui para aumentar a incidência da doença nos pacientes assistidos pela equipe. Assim, este trabalho teve com o objetivo elaborar um plano de intervenção para aumentar o diagnóstico precoce e o tratamento inicial e adequado da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Foi utilizado como método o Planejamento Estratégico Situacional sendo identificados quatro nós críticos: estilo de vida/ hábitos comportamentais, dificuldade de seguimento, carência de recursos e nível de informação e conhecimento. Além disso, foi realizado uma revisão bibliográfica, para fundamentar o trabalho e possibilitar capacitar a equipe. Foram programados os seguintes projetos: Mais Vida, Projeto Longitudinal, Mais Desenvolvimento e Conhecer Melhor. Espera-se, com esse plano de intervenção, identificar precocemente a doença, instituindo tratamento e acompanhamento adequados, culminando em uma diminuição no número de exacerbações da doença, garantindo, assim, uma melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares da Estratégia de Saúde da Família Viver.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Tabagismo.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease presents with respiratory signs and symptoms, which are associated with lower airway obstruction. The disease arises due to prolonged exposure to particulate matter or toxic gases, with smoking being the main cause. The Family Health Strategy (ESF) Viver operates in 6 different rural areas in the municipality of Datas, with smoking and the use of wood stoves in most homes prevalent in these regions. This fact contributes to increase the incidence of the disease in patients assisted by the team. Thus, this intervention project aimed to early identify patients affected by the disease, assisted by the ESF Viver. Situational Strategic Planning was used as a method and four critical nodes were identified: lifestyle / behavioral habits, difficulty in monitoring, lack of resources and level of information and knowledge. In addition, a bibliographic review was carried out to substantiate the work and enable the team to be trained. The following projects were programmed: More Life, Longitudinal Project, More Development and Knowing Better. With this intervention plan, it is expected to identify the disease early, instituting appropriate treatment and follow-up, culminating in a decrease in the number of exacerbations of the disease, thus ensuring an improvement in the quality of life of patients and family members.

Keyword: Family Health Strategy. Primary Health Care. Pulmonary Disease, Chronic Obstructive. Tobacco Use Disorder

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Viver, Unidade Básica de Saúde Palmital, município de Datas, estado de Minas Gerais.....20

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município Datas, estado de Minas Gerais.....32

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município Datas, estado de Minas Gerais.....33

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município Datas, estado de Minas Gerais.....34

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município Datas, estado de Minas Gerais.....35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Viver	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Viver, da Unidade Básica de Saúde de Palmital	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Viver	17
1.7 O dia a dia da equipe Viver	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	19
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado	29
6.2 Explicação do problema selecionado	30
6.3 Seleção dos nós críticos	30
6.4 Desenho das operações	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Datas é uma cidade com uma população estimada de 5.410 pessoas, apresentando uma densidade demográfica de 16,8 hab/km² e situa-se a 24km a sudoeste de Diamantina, a maior cidade nos arredores. Localiza-se a cerca de 272km da capital mineira. Está situada no Vale do Jequitinhonha, considerada área de extrema pobreza (IBGE, 2019).

É uma cidade pequena e aconchegante, que resguarda lindas cachoeiras de águas geladas e cristalinas. Possui belas construções, dentre elas a majestosa Igreja do Divino, datada de 1870. A Lapa Pintada é outro ponto turístico da cidade, onde abriga-se pinturas em pedras que ficam próximas a pequenos poços de água.

A praça do Divino Espírito Santo é em homenagem ao santo padroeiro da cidade, que recebe uma animada festa em sua homenagem, todos os anos, sendo considerada uma das mais fortes manifestações culturais da cidade (IER, 2020).

A cidade engloba áreas rurais, dentre as quais: Tombadouro, Palmital, Cachimbos, Poço Fundo, Cubas, Fazenda Santa Cruz, Lages. Grande parte do rendimento deve-se à produção rural, destacando-se a produção de morango, que disponibiliza grande oferta de emprego na região.

O salário médio mensal dos trabalhadores formais gira em torno de 1,6 salários mínimos, o pessoal ocupado gira em torno de 496 e a população ocupada 9,1% (IBGE 2019). Grande parte da população trabalha no meio rural.

Quanto aos aspectos econômicos, o município apresenta PIB per capita de 8.708,36 reais (IBGE 2017) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,616 (IBGE 2010).

A cidade possui três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma atuante na Unidade Básica dentro do município (ESF Vida), outras duas atuantes em zonas rurais do município: uma em Tombadouro (ESF Renascer) e outra em Palmital (ESF Viver), que abrange também as outras zonas rurais (Cachimbos, Poço Fundo, Cubas, Fazenda Santa cruz e Lages). Além disso, a cidade conta com uma Unidade Mista, que funciona em regime de plantão para atendimento de Urgências e Emergências, com possibilidade de transferência para a cidade de referência, caso necessário.

1.2 Aspectos da comunidade

Datas apresenta várias zonas rurais conforme já informado anteriormente. A Equipe Viver atua em seis zonas rurais diferentes e com perfis característicos. A localidade maior, Palmital, apresenta uma Unidade Básica de Saúde (UBS) bem estruturada e conta com uma técnica de enfermagem e duas agentes comunitárias. A grande maioria da população ativa trabalha na plantação de morango.

Além da UBS, há uma escola, que atende às crianças da localidade e também de outras zonas rurais. A estrutura de saneamento básico na região central de Palmital é favorável, porém, a localidade apresenta grande extensão, e boa parte da população mora em regiões mais afastadas, com maior grau de precariedade de recursos, o que predispõe a algumas infecções, como as doenças infectoparasitárias, principalmente relacionadas à transmissão fecal-oral.

As outras comunidades atendidas não possuem uma unidade de saúde tão bem estruturada quanto a de Palmital e apresentam, também, moradias precárias e dificuldade de recursos, não possuem escolas, sendo que as crianças estudam em Palmital. Quanto ao Ensino Médio, por exemplo, somente em Datas há escolas voltadas para essa faixa etária. Os usuários destas localidades, também dependem, em sua maioria, do trabalho rural.

Trata-se, portanto, de uma população carente, que necessita de apoio e atendimento adequados, já que muitos moram distante da cidade-sede o que dificulta, muitas vezes, o atendimento.

1.1.1. Aspectos demográficos

A seguir na Tabela 1 serão apresentados os aspectos demográficos da UBS Viver.

Tabela 01: Aspectos Demográficos da UBS Viver em Datas- Minas Gerais, 2019

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
<1	4	1	5
1-4	13	8	21

5-14	28	24	52
15-19	4	9	13
20-29	5	14	19
30-39	5	18	23
40-49	11	19	30
50-59	11	21	32
60-69	12	30	42
70-79	9	13	22
>OU= 80	1	16	17
TOTAL	103	173	276

Fonte: e-SUS, 2019

1.1.2. Aspectos Epidemiológicos

Na tabela 2 podemos observar os aspectos epidemiológicos da UBS, Viver .

Tabela 02: Aspectos epidemiológicos da UBS Viver, no município de Datas-MG,2019

Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	9
Pessoas com sofrimento mental	44
Acamados	5
Fumantes	120
Pessoas que fazem uso de álcool	76
Usuários de drogas	9

Fonte: e-SUS, 2019

As principais causas de óbitos relacionam-se às causas cardiovasculares, já que grande parte da população é hipertensa, diabética e dislipidêmica. As causas de internações relacionam-se, também, às causas cardiovasculares, mas também pulmonares.

Dentre as doenças e causas de notificação compulsória, destacam-se: esquistossomose, leishmaniose (em região que faz parte de Datas, mas não corresponde às zonas rurais em que atuo), acidente com animal transmissor de raiva

Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita seriam: precariedade de recursos, dificuldade de atendimento na rede do SUS quando trata-se de atendimento secundário, por exemplo, distância entre as regiões o que muitas vezes dificulta o deslocamento para atendimento.

Quanto à questão de doenças prevalentes destacam-se: Hipertensão, Diabetes, Dislipidemia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças mentais, doenças parasitárias, principalmente por Entamoeba histolytica e E. díspar, anemia falciforme (5 casos em uma zona rural- Fazenda Santa Cruz) (e-SUS,2019).

1.3 O sistema municipal de saúde

A cidade de Datas conta com três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma equipe para o atendimento na UBS da cidade, outra equipe para a localidade de Tombadouro e outra equipe para as outras seis zonas rurais.

O atendimento quanto à Atenção Primária à Saúde (APS) tem funcionado, apresentando alguns problemas que a maioria das equipes de ESF também apresenta. Considera-se que na Equipe de Saúde da Família (eSF) Viver é desenvolvido um bom trabalho, apesar das dificuldades de recursos e logística. Esta é bem atuante e acessível.

Quanto aos pontos de Atenção à Saúde Secundários, a cidade apresenta meios de transferência para a cidade referência- Diamantina MG, para o Consórcio Intermunicipal de Saúde Jequitinhonha (CISAJE), para atendimento com diversos profissionais, dentre os quais: cardiologista, endocrinologista, farmacêutico, nutricionista, pneumologista, urologista. Além de possibilidade de transferência para o Hospital referência - Santa Casa de Diamantina.

Quanto aos pontos de Atenção Terciários também conta com o atendimento vinculado em Diamantina, além da possibilidade de atendimento em Datas, quando se trata de atendimento fisioterapêutico, por exemplo.

A cidade conta com laboratório para coleta de material para exames, além de farmácia vinculada ao Sistema único de Saúde (SUS) e outras duas farmácias. Apresenta, também, sistema de transporte para atendimento na zona rural, transporte de pacientes para outras cidades em que tenham consultas (especialmente para Diamantina) e ambulância para transferência.

A referência é realizada via Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o principal local para atendimento vinculado ao município é Diamantina, tanto para atendimento secundário quanto terciário, conforme já citado. Além disso, a cidade possui uma Unidade Mista para atendimentos emergenciais, que funciona através do regime de plantão e é a nossa referência quando atendemos casos mais graves na UBS, para encaminharmos o paciente quando necessário.

O trabalho desenvolvido pela equipe caracteriza-se por ser integrado, ou seja, uma rede de atenção à saúde em que há a tentativa de estratificar riscos, atentando-se aos determinantes sociais da saúde. Dessa forma, destaca-se a poliarquia e o sistema organiza-se de forma horizontal, em substituição à hierarquia, que é característica do sistema fragmentado. Sendo assim, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, no cumprimento dos objetivos. Para cumprimento desses objetivos, deve-se, portanto, possuir trabalho multiprofissional, desenvolver pro atividade, autocuidado e participação social.

Dentre os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde têm-se: dificuldade de acesso de alguns pacientes para atendimento, considerando a extensão da localidade quando avaliada a zona rural; demora para obter atendimento na Atenção Secundária; falta de contra referência, principalmente nos casos de saúde mental. Além disso, falta verba para alguns recursos, problema esse da maioria das prefeituras de várias cidades, além de carência de mais profissionais, como psicólogo e fisioterapeuta.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Viver

A UBS de Palmital é a bem estruturada, apresenta uma recepção com cadeiras, não muito grande, o que, muitas vezes, não comporta toda a demanda e alguns pacientes precisam aguardar do lado de fora, em pé ou sentados na entrada da Unidade, há banheiro e bebedouro na recepção. Possui uma sala com computador com acesso à internet, onde se organiza os prontuários e os atendimentos do dia.

Além disso, uma sala (onde as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e a técnica de enfermagem realizam o acolhimento), cozinha estruturada (com fogão, pia, geladeira) e banheiro para os funcionários. Possui, também, consultório odontológico, sala para procedimentos, sala para esterilização, consultório médico e

outro consultório em que a enfermeira ou o estagiário de medicina que passou a nos acompanhar esse ano atendem. O consultório médico possui janela (sendo bem ventilado), mesa, cadeira, maca e banheiro.

Sendo assim, trata-se de uma Unidade com boa estrutura, o que não é a realidade das outras zonas rurais. Algumas não possuem recepção nem salas separadas para realizar acolhimento ou atendimento da enfermagem, outra constantemente está sem água, outra possui apenas mesa e cadeiras para atendimento, sem maca. Mas, ainda assim, são realizados os atendimentos da melhor forma possível. Em Palmital, há medicações orais, material para realização de sutura simples e curativo. Quando necessário, encaminhamos o paciente para a Unidade Mista de Datas.

A Unidade funciona de 7h às 16h. Conta, para isso, com o apoio das ACS e da técnica de enfermagem. Em alguns locais, há somente uma ACS. Ainda assim, a médica e a enfermeira, sempre que necessário, conversam e orientam para que os atendimentos possam fluir da melhor forma, através do apoio e contribuição de toda a equipe. A Médica atende em Palmital duas vezes na semana, em outras localidades uma vez na semana e em duas delas a cada 15 dias. A enfermeira realiza coleta de material cérvico uterino, pesagem de crianças e vacinação. Dois turnos, durante a semana, são reservados para atendimento domiciliar, uma vez que são várias localidades com distância considerável uma da outra e entre as casas, o que impossibilita a visita domiciliar em duas localidades em um turno.

Considerando a Unidade Viver como referência do município, conforme já explicitado, possui boa estrutura física e bom funcionamento das atividades. Um problema relacionado ao seu funcionamento seria a falta de atendimento agendado, o que dificulta um acompanhamento mais contínuo de hipertensos e diabéticos, por exemplo. Mas a dificuldade de acesso dos pacientes, muitas vezes contribui para não se conseguir colocar esse objetivo em prática, além dos pacientes não aceitarem bem essa mudança e de se atender em alguns locais, somente uma vez na semana.

Pretende-se utilizar uma caixa com medicamentos orais, para levar durante o atendimento nas localidades com estrutura mais precária. As outras localidades apresentam problemas relacionados à estrutura, conforme já explicitado.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Viver, da Unidade Básica de Saúde de Palmital

A eSF Viver é composta por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco ACS. Sendo dois em Palmital e as outras três nas demais localidades.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Viver

O planejamento normalmente é feito pela médica e pela enfermeira, já que a maioria do trabalho se refere ao atendimento da demanda espontânea e, dessa forma, a agenda é organizada e depois discutida com os membros da equipe. A avaliação das ações acaba sendo uma avaliação individual de cada membro que, quando julga necessário, discute com os demais. Não há horário reservado para reuniões, o que, e seria de grande valia para o aprimoramento do atendimento e a devida análise quanto às ações de saúde. Reuniões mensais seriam de grande importância para análise do processo de trabalho da equipe e discussões em equipe.

A dificuldade de acesso dos pacientes, pela distância, seria um fator agravante para a organização do trabalho, dificultando realização de grupos, por exemplo.

Pacientes resistentes a mudanças e que, algumas vezes, não realizam o tratamento proposto seja por falta de condições financeiras, seja por vontade própria de não fazê-lo, também é um problema apresentado.

Apesar disso é desenvolvido um trabalho em conjunto, com boa relação entre os membros da equipe e entre os usuários e a equipe, o que contribui para o desenvolvimento de um trabalho favorável. Atuamos em uma região carente de recursos, carente de atendimento e de atenção. Mesmo com as dificuldades procuramos realizar um atendimento adequado, no âmbito biopsicossocial, na tentativa de alcançarmos resultados favoráveis.

1.7 O dia a dia da equipe Viver

A equipe ocupa-se basicamente com os atendimentos de demanda espontânea, uma vez que diversos fatores dificultam os atendimentos agendados.

Além disso, é realizado também, preventivo, pesagem das crianças e, após parceria com a UFVJM e a inserção de estagiários de Medicina, novos projetos têm sido realizados. O estagiário, por exemplo, está realizando atendimentos das crianças da escola de Palmital, realizando uma estratificação de risco através de questionário e exame físico, solicitação de exames e encaminhamento quando necessário. Considera-se os projetos e grupos de grande relevância, uma vez que permitem conhecer ainda melhor os usuários, desenvolver discussões informais e compartilhar conhecimentos.

São realizados também atendimentos domiciliares, através de demandas apresentadas pela equipe, principalmente pelas ACS, aos acamados, idosos com dificuldade de deambulação, ou pacientes que estiveram internados recentemente e que estejam ainda debilitados. A demanda quanto à saúde mental é enorme, praticamente todas as famílias possuem algum membro com problemas mentais, desde déficits devido à paralisia cerebral até quadros de esquizofrenia. Muitas vezes, são então realizados atendimentos também a esses pacientes.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Após a realização de uma reunião, juntamente com a equipe, concordou-se que os problemas prioritários na unidade são:

- Alta incidência de Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Alta incidência de Hipertensão / Diabetes
- Alta incidência de Dislipidemia
- Alta incidência de Doença Renal Crônica (DRC)
- Alta incidência de Etilismo
- Alta incidência de problemas de Saúde Mental (desde demências como Parkinson ou paralisia cerebral até quadros de depressão, esquizofrenia)
- Alta incidência de Obesidade e Magreza na infância
- Alta incidência de Hipotireoidismo
- Alta incidência de Dor crônica
- Alta incidência de Úlcera de pressão em pacientes acamados
- Alta incidência de Parasitoses intestinais

Considerou-se os três primeiros problemas citados como prioritários, uma vez que a grande maioria da população possui um deles ou todos associados, o que pode culminar, em longo prazo, na ocorrência de eventos cardiovasculares, que representa, inclusive, a maioria das internações e mortes no município.

Destaca-se, ainda, os problemas estruturais de falta de recursos ou de material necessário para o devido atendimento, além da precariedade de moradias, culminando em aparecimento de doenças infecto-parasitárias com frequência.

1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção

Após a seleção dos principais problemas da unidade, montou-se uma tabela para determinar a importância e a urgência dos problemas, incluindo a capacidade de enfrentamento da equipe perante esses problemas.

O problema que surgiu como o que precisa de uma intervenção mais urgente foram os casos de DPOC, tendo uma capacidade de enfrentamento parcial, uma vez que depende não só da equipe, mas da adesão e entendimento do paciente quanto à doença em questão. Em segundo lugar ficaram hipertensão arterial e diabetes, com enfrentamento parcial, em terceiro lugar dislipidemia, com enfrentamento parcial. E, em quarto lugar a DRC, também de enfrentamento parcial.

Destaca-se aqui os seis primeiros problemas prioritários, sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe da ESF.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Viver, Unidade Básica de Saúde Palmital, município de Datas, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva	Alta	8	Parcial	1

Crônica (DPOC)				
Alta incidência de Hipertensão	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência de Diabetes	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de Dislipidemia	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência de Doença Real Crônica (DRC)	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Autoria própria, 2020

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Analisando-se o Quadro 1, observa-se que os três problemas de saúde prioritários, e também com importância alta são as seguintes doenças: Alta incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Alta incidência de Diabetes Mellitus (DM). São doenças com urgência de enfrentamento, já que quando inter-relacionadas e mal controladas culminam em eventos cardiovasculares, responsáveis por internações e óbitos em grande parte da população adscrita na ESF Viver. Sendo assim, são doenças que demandam atenção e meios de enfrentamento, por meio da orientação adequada da população, estímulos na mudança de estilo de vida, insistência quanto à adesão medicamentosa, além do acompanhamento adequado na ESF e também com especialistas. A capacidade de enfrentamento foi destacada como parcial, já que depende de ações da equipe, mas também, da colaboração dos pacientes quanto ao entendimento e aceitação de que se tratam de doenças crônicas, sem cura e que necessitam de controle adequado. Muitas vezes, a necessidade de troca

de medicação, a adição de nova medicação, principalmente no caso da insulina para diabéticos, é algo que demanda grande esforço da equipe para que ocorram aceitação e adesão adequada.

A DPOC foi incluída como primeiro problema prioritário, e é a doença destacada nesse estudo para análise e propostas intervencionistas. A ESF Viver atua em zona rural, em que o costume do tabagismo surge em idades precoces, bem como o hábito de utilizar fogão a lenha. Há possibilidade maior de atuação e enfrentamento no primeiro fator de risco citado (tabagismo), uma vez que se trata de um costume que não traz benefícios ao paciente, no que concerne à saúde ou meios de sobrevivência. Já o segundo fator de risco (uso de fogão a lenha), considerando uma população carente de recursos e moradora de zona rural, dependente do fogão para desenvolvimento de suas atividades, promover mudanças de hábitos torna-se mais complicado. A importância é alta, já que se trata de uma doença crônica, que demanda diagnóstico precoce e acompanhamento adequados.

A capacidade de enfrentamento é parcial, pelos aspectos já destacados, são costumes da população, logo, dependem, também, da adesão e comprometimento do paciente.

A DRC (Doença Renal Crônica) apresenta importância alta, já que sua ocorrência também está vinculada a doenças já destacadas (HAS e DM) e a incidência é alta na população adscrita. Sendo assim, torna-se relevante, mais uma vez, o controle adequado das doenças destacadas.

Nota-se, quanto à capacidade de enfrentamento, que todos os problemas destacados apresentam capacidade parcial. As doenças em destaque dependem da orientação do paciente, bem como da sua aceitação e colaboração para a propedêutica. Além disso, depende-se, também, de apoio da gestão no que se refere ao desenvolvimento de uma rede de atenção organizada e de recursos para atuação de planos de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

A DPOC apresenta-se com sinais e sintomas de caráter respiratório que estão associados à obstrução das vias aéreas inferiores. Em sua maioria, a doença ocorre devido à exposição prolongada a material particulado ou gases tóxicos, sendo que o tabagismo é sua principal causa. A doença apresenta graus variáveis de acometimento num mesmo indivíduo, envolvendo bronquite crônica e enfisema pulmonar, que podem ocorrer de forma simultânea. Tosse, dispneia, sibilância e expectoração crônica são os principais sintomas (BRASIL, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a DPOC é a quarta principal causa de morte, ficando atrás do infarto do miocárdio, câncer e doença cerebrovascular. Considerando-se as principais causas de morte, é a única que vem aumentando, devido ao aumento do tabagismo nos países em desenvolvimento e ao envelhecimento da população (BRASIL, 2013).

Trata-se, portanto, de uma doença de caráter crônico, cujos sintomas podem surgir tardiamente, dificultando o diagnóstico. E como doença crônica, apresenta fases de exacerbações, dessa forma o apoio da UBS no acompanhamento, bem como uma rede de atenção à Saúde com vínculos estabelecidos, são de grande relevância.

A Atenção Básica apresenta papel fundamental diante da doença em questão, uma vez que deve atuar na identificação dos fatores de risco e da doença em seu estágio inicial bem como o encaminhamento adequado para um atendimento especializado, além da atenção domiciliar e das orientações e influências quanto a mudanças comportamentais.

Sendo assim, faz-se necessário a elaboração de um plano de intervenção, na tentativa de identificar fatores de risco e atuar de forma a orientar a população adscrita, promovendo mudanças e adaptações ao estilo de vida. Busca-se, dessa forma, prevenir o surgimento da doença e, na doença estabelecida, atuar no acompanhamento, encaminhamento ao especialista, diminuindo-se, assim, exacerbações e internações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para aumentar o diagnóstico precoce e o tratamento inicial e adequado da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

3.2 Objetivos específicos

Promover grupos de apoio à cessação do tabagismo, bem como educação permanente e continuada à equipe e à população.

Orientações em consultas de rotina, sempre buscando promover mudanças comportamentais visando melhorias na qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos, do desenho das operações e da elaboração do Plano Operativo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Após a realização da lista de problemas de saúde foi discutido com a equipe de saúde a seleção do problema mais relevante a ser enfrentado por meio da realização do Projeto de Intervenção. O principal problema encontrado na comunidade foi o alto índice de tabagismo e, conseqüentemente, de DPOC na população adscrita. Desse modo, na próxima etapa foi feita a descrição do problema através dos dados coletados pela equipe, que utilizou o método de Estimativa Rápida como forma de se obter informações do território; a equipe fez observações sobre as condições e forma de vida da comunidade e busca de dados existentes em registros, além disso a equipe contribuiu com informações de experiências próprias no convívio na comunidade, obtidas durante as consultas ou nos cadastros da população.

Através do diagnóstico foi detectado um total de 120 tabagistas na área de abrangência da unidade; que iniciaram uso de tabaco em idade precoce e, sendo assim, temos uma prevalência alta de pacientes tabagistas, o principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC. Além disso, em todos os locais de atendimento houve aumento nas demandas de consultas, em pacientes sem diagnóstico da doença e em pacientes já em tratamento. Sendo assim, foi estudado um cronograma com a equipe multidisciplinar para posterior planejamento de ações que ocorrerá por meio de ações educativas na UBS.

Para fundamentar o tema do trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica com pesquisa em artigos relacionados ao tema, uso indiscriminado de benzodiazepínicos e psicotrópicos, na plataforma *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e também no Google Acadêmico, para melhor embasamento para elaboração do plano de ação.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Tabagismo.

A divulgação do projeto ocorrerá através de palestras de sensibilização realizado pela equipe da unidade, com discussões sobre a doença em questão, os fatores de risco e maneiras de se melhorar os sintomas bem como mudanças comportamentais no sentido de se evitar o surgimento e progressão da doença.

Serão desenvolvidos grupos de tabagismo bem como educação continuada da equipe quanto ao tabagismo e à DPOC.

Pretende-se mobilizar a equipe e a população adscrita no sentido de fornecer orientações adequadas e atendimento precoce, na tentativa de prevenção.

Após reunião da equipe, chegou-se à conclusão que esta possui recursos materiais e humanos para execução do projeto de intervenção, uma vez que há alto índice de pessoas portadores de DPOC, associada ao alto índice de tabagistas. Muitos pacientes portadores da doença apresentam episódios de exacerbação ao longo do ano, levando à procura pela emergência e internações, o que reforça a necessidade de atuação nesse cenário.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é atualmente a quarta causa de morte no mundo, sendo prevista como terceira até o final de 2020. Hoje, estima-se que 210 milhões de pessoas apresentam a DPOC, sendo que 65 milhões encontram-se nos estágios moderado e grave (ZUGE et al., 2019).

A DPOC está relacionada principalmente ao tabagismo, sendo este o principal fator de risco para a doença. Caracterizada por persistente limitação do fluxo aéreo, geralmente progressiva, a DPOC está associada à resposta inflamatória crônica das vias aéreas, causada por partículas ou gases nocivos. Esta resposta inflamatória crônica pode induzir à destruição dos tecidos do parênquima pulmonar, resultando em enfisema, interrompendo o reparo normal e mecanismos de defesa, culminando em fibrose das pequenas vias aéreas - alterações estas que levam ao aprisionamento de ar e progressiva limitação do fluxo aéreo (GLOBAL, 2017 citado por ZUGE et al., 2019).

A Eliminação do tabaco seria suficiente para reduzir drasticamente o número de casos da doença, mas a perspectiva é de que o número de casos siga em elevação. A sobrevivência do portador de DPOC depois de 10 anos de doença diagnosticada é de aproximadamente 50% entre aqueles que persistem fumando e cerca de 80% entre os que param de fumar. Cerca de 85-90% dos casos de DPOC são causados pelo tabagismo e 15–20% dos tabagistas serão acometido pela DPOC.

A cessação do tabagismo melhora os sintomas respiratórios e reduz o declínio do volume expiratório forçado (VEF) em todos os estágios da DPOC, reduz risco de internações e mortalidade. Alcançar a abstinência é o fator mais importante no tratamento da DPOC (PESSÔA, 2017).

É importante destacar que, muitas vezes, os sintomas da doença não são valorizados e há uma progressiva gravidade da obstrução ao fluxo aéreo, que pode ser determinada pela medida, na espirometria, do volume expiratório final forçado no primeiro segundo pós-broncodilatador (VEF1%-PBD). No idoso, outros fatores também são citados como possíveis complicadores e aumentam a mortalidade associada à DPOC. São eles o estado nutricional, a reduzida capacidade para realizar exercícios físicos e a presença de doenças crônicas, como osteoporose, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e depressão (BARBOSA et al., 2017).

A DPOC é composto principalmente por duas patologias, a Bronquite Crônica, causada por uma inflamação respiratória, geralmente acomete os brônquios, gerando secreção se acumulando em diversas áreas dos pulmões, se manifestando através de hipercapnia, hipoxemia e nos casos mais graves cianose. O Enfisema é responsável por provocar um aumento permanente e anormal dos espaços aéreos, assim como sua destruição, porém com ausência de fibrose. A DPOC faz com que haja uma diminuição da força e da resistência muscular. Essa redução do condicionamento físico acaba limitando a prática de exercícios e a realização das atividades de vida diária, contribuindo negativamente na qualidade de vida dessa população, tornando essa condição patológica ainda mais séria (BAGATINI et al., 2018).

Essa situação piora durante os períodos de exacerbação, presente entre 1 e 2 vezes ao ano. Seu tratamento requer hospitalização para o controle dos sintomas, em grande número de pacientes, assumindo um alto custo para o manejo dessa patologia. Essas exacerbações aceleram a redução contínua da função pulmonar, reduzindo a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos pacientes que sofrem com ela (AYORA et al., 2019).

Ao analisarmos a APS nesse cenário, vemos a importância da educação em saúde bem como da promoção e prevenção através de ações educativas, especialmente no que tange às doenças crônicas. É de suma importância uma atenção multiprofissional para a compreensão do processo saúde-doença. Segundo CARÁCIO et al., 2014 o processo de educação multiprofissional possibilita a valorização do vínculo com o paciente e sua corresponsabilidade no cuidado, fazendo com que ele tenha um papel ativo na tomada de decisão com relação aos problemas de saúde.

Assim, as ações de comunicação e orientação devem ser fortalecidas pelo conhecimento seguro de todos da equipe para minimizar os conflitos entre a comunidade e o serviço de saúde.

Sendo assim, a equipe será capacitada no sentido de compreender o processo saúde e doença, através de uma visão multiprofissional e uma atenção biopsicossocial ao paciente, na busca pela promoção e prevenção à saúde, visando uma melhora na qualidade de vida da população adscrita.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional realizado pela eSF Viver na zona rural de Datas-MG, identificou-se três problemas crônicos que são prevalentes nas comunidades atendidas. Essa proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado “Alta incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, ou seja, uma análise e tentativa de capacitar a equipe e população quanto à doença em questão, bem como a realização de diagnóstico e tratamentos precoces, visando, assim, uma diminuição nas exacerbações e internações decorrentes da doença. Para tanto, foi realizado uma descrição, explicação e seleção dos nós críticos do problema selecionado, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (-FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

Conforme já explicitado anteriormente, após a realização do diagnóstico situacional no território de abrangência da UBS Viver foi identificado a DPOC como problema prioritário, uma vez que a maioria dos pacientes atendidos nas localidades estão expostos aos principais fatores de risco para a doença: tabaco e fumaça proveniente do fogão a lenha.

A DPOC é responsável por causar obstrução ao fluxo aéreo, uma vez que provoca uma resposta inflamatória, gerando perda da função pulmonar e hiperinsuflação pulmonar. Dessa forma, desenvolve remodelação anatômica das vias aéreas, destruição do parênquima pulmonar, disfunção mucociliar, além da inflamação. O paciente apresenta-se, portanto, com os seguintes sinais e sintomas: dispneia, fadiga, ansiedade, tosse, fraqueza dos músculos periféricos, desnutrição e limitações ao exercício. Há comprometimento não só da função ventilatória, mas do indivíduo como um todo, já que, ao desencadear alterações no condicionamento cardiorrespiratório, causa, conseqüentemente, redução da funcionalidade e qualidade de vida do paciente.

Sendo assim, considerando nossa população adscrita, os fatores epidemiológicos observados e a prevalência do problema, selecionamos a DPOC como problema prioritário para intervenção.

6.2 Explicação do problema selecionado

A eSF Viver atua em uma população rural, e após análise dos casos clínicos e atendimentos, percebeu-se que grande quantidade de pacientes possuía o diagnóstico de DPOC (confirmado ou presumido), sendo que a maioria deles em idade mais avançada. Muitos deles, apresentam exacerbações agudas da doença, culminando em procura frequente à UBS ou emergência.

São pacientes que estão mais propensos a adquirirem infecções respiratórias e com menos condições funcionais para resistir à essas infecções, necessitando, diversas vezes, de internação. Esses fatores interferem, obviamente, em sua qualidade de vida.

A maioria dos pacientes estiveram expostos à fumaça do fogão de lenha por anos seguidos, além da alta prevalência de pacientes tabagistas (120 em uma população de aproximadamente 970 pessoas), população essa que iniciou uso de tabaco em idade precoce (por volta de 10-11 anos). Sendo assim, tem-se uma população assistida que se expôs precocemente e por longos anos à fatores de risco para o desenvolvimento da doença em questão.

Decidiu-se, portanto, em um plano de intervenção com o objetivo primordial de detecção precoce da doença, bem como instituição de tratamento adequado, além de ações educativas quanto à influência do uso do tabaco e sensibilização da população jovem na tentativa de se evitar a exposição aos fatores de risco. Dessa forma, uma vez havendo detecção precoce da doença, orientações e acompanhamento, espera-se que ocorra menos exacerbações e melhora da qualidade de vida da população assistida por nossa equipe.

6.3 Seleção dos nós críticos

O nó crítico é considerado a causa de maior relevância para a origem do problema (FARIA; CAMPOS; SANTOS; 2018). Os nós críticos destacados na comunidade adscrita foram:

- Estilo de vida/ hábitos comportamentais inadequados
- Dificuldade de seguimento do tratamento
- Carência de recursos: apoio psicológico e falta de medicamentos
- Baixo Nível de informação e conhecimento

A UBS atuará na prevenção primária, através da educação e esclarecimento da população sobre diversas questões. Orientar quanto aos riscos do tabagismo, mas os costumes e crenças da população podem dificultar o entendimento e a aceitação. Já quanto ao outro fator de risco destacado, fogão a lenha, não se consegue atuar de forma resolutiva, uma vez que é o meio da grande parte da população desenvolver suas atividades, produção, alimentação, sustento. Tem-se, aqui, portanto, o nó crítico 1.

Quanto ao segundo nó crítico, trata-se de uma doença crônica, em que o acompanhamento muitas vezes é dificultado, já que a doença se manifesta em idades avançadas, muitas vezes debilitando o paciente para um acompanhamento mais próximo e constante. Além de dificuldade de acesso à atenção especializada.

Destaca-se, ainda, a dificuldade de se ter apoio principalmente no âmbito psicológico e, por se tratar de população rural e carente, o acesso a medicações é restrito o que acaba dificultando o tratamento e a realização de exames da maneira adequada.

Há, ainda, a questão da informação, que é muitas vezes deficitária na população rural, o acesso à internet por exemplo é restrito, a doença manifesta-se em idades avançadas, sendo assim, a capacidade de compreensão por parte do paciente já pode estar comprometida. Teríamos, portanto, o quarto nó crítico destacado.

6.4 Desenho das operações

Os passos são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município de Datas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Estilo de vida/ hábitos comportamentais inadequados
Operação (operações)	Modificações de hábitos relacionados ao tabagismo
Projeto	Mais Vida
Resultados esperados	Diminuição do número de tabagistas, auxiliando na cessação do tabagismo em pacientes dependentes, além de fornecer informações favoráveis para evitar o surgimento de novos dependentes
Produtos esperados	Campanhas, grupos de tabagismo
Recursos necessários	Estrutural: Local adequado para desenvolvimento de campanhas, palestras e grupos operativos Cognitivo: Cooperação e entendimento da equipe e dos pacientes, educação continuada Financeiro: Recursos para desenvolvimento de grupos, disponibilidade de medicações de suporte e auxílio Político: Suporte e apoio quanto às campanhas e grupos
Recursos críticos	Estrutural: Ausência de locais favoráveis para desenvolvimento do projeto, dificuldade de disponibilização de materiais Cognitivo: Dificuldade de entendimento e/ou aceitação pela equipe e pacientes Político: Falta de apoio e união Financeiro: Falta de recursos
Controle dos recursos críticos	Buscar estratégias viáveis de resolução e aplicá-las na medida do possível
Ações estratégicas	Campanhas, busca ativa
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo	Equipe da ESF Viver

acompanhamento das ações	
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Prefeitura/ Gestor

Fonte: Autoria própria, 2020

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município de Datas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Dificuldade de seguimento do tratamento
Operação (operações)	Desenvolvimento de meios para melhor acompanhamento de condições crônicas
Projeto	Projeto longitudinal
Resultados esperados	Diminuição dos quadros de exacerbações e internações decorrentes da doença em questão
Produtos esperados	Apoio da gestão, com desenvolvimento e permanência das redes de atenção
Recursos necessários	<p>Estrutural: Locais de fácil acesso aos pacientes bem como consultórios estruturados para realização do devido atendimento e acompanhamento (ESF) além de Unidade especializada para atendimento emergencial dos quadros agudos e/ou crônicos agudizados</p> <p>Cognitivo: Preparação e capacitação da equipe para acompanhamento adequado dos pacientes</p> <p>Financeiro: Disponibilização de recursos</p> <p>Político: Apoio da gestão quanto aos atendimentos e suporte para realizá-los</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Dificuldade de acesso de pacientes moradores de zona rural tanto para os Postos de Saúde quanto para a Unidade de emergência</p> <p>Cognitivo: Falta de apoio e preparação da equipe para melhores resultados no atendimento, acompanhamento e resolução de problemas</p> <p>Político: Falta de apoio da gestão</p> <p>Financeiro: falta de recursos para encaminhamento à acompanhamento especializado (pneumologista, por exemplo) bem como realização de exames necessários e disponibilização de medicamentos de alto custo para</p>

	tratamento
Controle dos recursos críticos	Busca de estratégias para solucionar os recursos críticos, trabalho em equipe
Ações estratégicas	Capacitação de profissionais/ Educação continuada/ Rede de atenção
Prazo	6 meses a 1 ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe da ESF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Gestão/ Prefeitura/ Coordenadores da ESF

Fonte: Autoria própria, 2020

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município de Datas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Carência de recursos: apoio psicológico e falta de medicamentos
Operação (operações)	Avaliação e análise dos recursos necessários e motivos para a dificuldade em obtê-los
Projeto	Mais Desenvolvimento
Resultados esperados	Apoio para obtenção de recursos para diagnóstico e tratamento
Produtos esperados	Participação da gestão e rede de atenção
Recursos necessários	Estrutural: Locais adequados para atendimentos, para realização de exames de baixo custo (exames laboratoriais, raio X), farmácia popular para obtenção de medicações Cognitivo: Conhecimento da equipe bem como da gestão quanto aos recursos necessários e maneiras de obtê-los. Rede de Atenção funcionante Financeiro: Disponibilização de verbas Político: Apoio da gestão
Recursos críticos	Estrutural: Falta de estruturas materiais (desde consultório estruturado até medicações disponíveis na localidade) Cognitivo: Falta de conhecimento e/ou dificuldade de aplicá-los Político: Falta de uma gestão atuante, culminando em perda de recursos para obter-se uma rede de atenção em que é possível realizar o devido acompanhamento dos pacientes tanto em âmbito da atenção primária, quanto secundária e terciária. Financeiro: Falta de recursos
Controle dos recursos críticos	Manutenção de recursos e apoio já disponíveis Propor e viabilizar soluções

Ações estratégicas	Trabalho em equipe/ reuniões entre a equipe e entre equipe e gestão
Prazo	3 a 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe da ESF e gestores
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Equipe ESF/ Prefeitura/ Gestão

Fonte: Autoria própria, 2020

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta incidência de Doença Pulmonar obstrutiva Crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Viver, do município de Datas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Baixo Nível de Informação e Conhecimento
Operação(operações)	Avaliação do conhecimento especialmente da população adscrita acerca dos benefícios da cessação do tabagismo e desenvolvimento de meios de conscientização
Projeto	Conhecer Melhor
Resultados esperados	Conscientização da população quanto à necessidade e benefícios de cessação do tabagismo bem como na atuação para evitar o início do uso
Produtos esperados	Grupos de tabagismo, palestras, campanhas, programa Saúde nas Escolas
Recursos necessários	Estrutural: Disponibilidade de locais para desenvolvimento de grupos, palestras, material para divulgação e apresentação de campanhas e projetos Cognitivo: Conhecimento da equipe quanto ao problema em questão para a conscientização da população Financeiro: Verbas para desenvolvimento dos projetos Político: Apoio para as ações propostas
Recursos críticos	Estrutural: Falta de material e local para desenvolvimento das ações Cognitivo: Falta de conhecimento e interesse da equipe para desenvolvimento das ações estratégicas. Falta de apoio e interesse da população Político: Falta de apoio e disponibilização de recursos Financeiro: Falta de verba/ Conflito de interesses
Controle dos recursos críticos	Trabalho multidisciplinar, em equipe
Ações estratégicas	Palestras, campanhas, ações educativas
Prazo	6 meses e meio a 1 ano
Responsável (eis)	Equipe da ESF

pelo acompanhamento das ações	
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Prefeitura/ Gestão

Fonte: Autoria própria, 2020

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia da realização desse trabalho surgiu através da análise da comunidade, dos costumes da população adscrita bem como da demanda de consultas. Conforme já referido, a população atendida é razoavelmente pequena, em que o número de tabagistas é alta e o uso de fogão a lenha é prevalente na grande maioria das casas. Sendo assim, foi possível constatar que muitos pacientes, além de possuírem doenças crônicas comuns na maioria das ESFs, como HAS e DM, possuíam, também, a DPOC, já diagnosticada ou presumida. Muitos deles, não utilizavam nenhum tipo de medicação de manutenção ou de controle das crises, o que aumentava o número de exacerbações e necessidade de procura à unidade de emergência, culminando, muitas vezes, em internação. Dessa forma, viu-se a necessidade de um olhar diferenciado para essa doença, muitas vezes esquecida diante de outros problemas comuns em diversas ESF.

Em um primeiro momento, tentaremos capacitar a equipe quanto à doença em questão, bem como em relação ao atendimento dos pacientes portadores dela. Foi realizado, para tanto, um diagnóstico situacional da doença em questão, identificando-se os pacientes tabagistas, bem como aqueles com maior risco de complicações, como os idosos, portadores de outras doenças crônicas, pacientes que tenham tido mais exacerbações ao longo do ano, além da priorização do tratamento precoce, na tentativa de se evitar crises e piora da qualidade de vida.

Através da realização de grupos de tabagismo, pretende-se orientar a população adscrita e sensibilizá-la quanto à doença. Será realizada, também, educação continuada da equipe quanto ao tabagismo e à DPOC.

Pretende-se, assim, mobilizar a equipe e a comunidade no sentido de fornecer orientações adequadas e atendimento precoce, visando a prevenção e o autocuidado. Poderemos, portanto, beneficiar o município com essas intervenções, melhorar a qualidade de vida da população bem como diminuir a necessidade de encaminhamento para os outros níveis de atenção como a secundária e terciária.

REFERENCIAS

AYORA, A. F. et al. Análise de dois questionários sobre a qualidade de vida em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.29, n.7, e3148, 2019.

BAGATINI, M. A. et al. Fisiopatologia do DPOC e suas implicações na funcionalidade: **IX Mostra Integrada de Iniciação Científica UNICNEC**, 2018.

BARBOSA, A. T. F. et al. Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n.1, p:63-73, 2017.

BRASIL. INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Conheça cidades e estados do Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/> >. Acesso em : 13 out. 2019

BRASIL. INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Conheça cidades e estados do Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/> >. Acesso em : 13 out. 2019

BRASIL- INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Conheça cidades e estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/> >. Acesso em : 13 out. 2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 609, DE 6 DE JUNHO DE 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 junh. 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0609_06_06_2013.html

CARÁCIO, F.C.C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, jul. 2014.

E-SUS. Sistema de Informação eletrônica. Disponível em: <<http://esus.itaqui.rs.gov.br/esus/#/pec> >. Acesso em: 14 out. 2019

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 14 fev.2020.

IER. Instituto da Estrada Real. Disponível em <http://www.institutoestradaareal.com.br/cidades/datas/23>. Acesso em 23 jun.2020.

PESSÔA, Carlos Leonardo Carvalho; Tratamento do tabagismo em pacientes com DPOC. **Pulmão RJ**,;26 (1): 33-38,2017

ZUGE, Carlos Henrique et al. Entendendo a funcionalidade de pessoas acometidas pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) sob a perspectiva e a validação do *Comprehensive ICF Core Set* da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Cad. Bras. Ter. Ocupac.**, São Carlos, v. 27, n.1, p. 27-34, 2019.

WALKER S.L., SALTMAN D.L., COLUCCI R., MARTIN L.; Canadian Lung Association Advisory Committee. Awareness of risk factors among persons at risk for lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea: a Canadian population-based study. **Can Respir J.** v. 17, n. 6, p. 287-94, 2010.