

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDRESSA LOPES BRANT MONÇÃO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ESTRATEGIAS PARA PREVENIR
AS CRISES ASMÁTICAS NA POPULAÇÃO DO BAIRRO CARMELO
EM MONTES CLAROS-MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2019

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ESTRATEGIAS PARA PREVENIR
AS CRISES ASMÁTICAS NA POPULAÇÃO DO BAIRRO CARMELO
EM MONTES CLAROS-MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2019

ANDRESSA LOPES BRANT MONÇÃO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ESTRATEGIAS PARA PREVENIR
AS CRISES ASMÁTICAS NA POPULAÇÃO DO BAIRRO CARMELO
EM MONTES CLAROS-MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Anadías Trajano Camargos

MONTES CLAROS –MINAS GERAIS

2019

ANDRESSA LOPES BRANT MONÇÃO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ESTRATEGIAS PARA PREVENIR
AS CRISES ASMÁTICAS NA POPULAÇÃO DO BAIRRO CARMELO
EM MONTES CLAROS-MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Profa: Anadias Trajano Camargos- EE/UFMG - orientadora

Examinador 2 – Professora Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em maio de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Alice e Lucas, que tornam a minha vida mais feliz e tem a capacidade de me trazer paz na correria dos dias

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Ao meu marido pelo amor e incentivo.

À minha orientadora profa. Anadias Trajano Camargos pela paciência e suporte.

Epígrafe

É apenas com o coração que se pode ver direito.

O essencial é invisível aos olhos

Antoine de Saint- Exupery

RESUMO

Este estudo aborda a asma brônquica como uma doença crônica que se caracteriza pela inflamação da via aérea e hiper-responsividade da árvore brônquica que culmina em crises de broncoespasmo. A asma se desenvolve em pacientes geneticamente predispostos em associação a fatores externos. Tem uma ampla gama de sintomas e está presente em todos os países, sendo considerada um grande problema de saúde pública. Requer uma abordagem muitas vezes, multiprofissional para sucesso em seu tratamento. Definiu-se como objetivo elaborar uma proposta de intervenção que aborde as estratégias de prevenção para minimizar as crises de asma, de broncoespasmo em pacientes asmáticos na comunidade atendida pela ESF Carmelo 2 em Montes Claros/MG. Quanto à metodologia procurou-se utilizar o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Ao concluir o estudo, deve-se ressaltar que a proposta de intervenção utilizará como pontos chave medidas de enfrentamento da asma e de suas crises como a educação em saúde da população para que sejam reduzidos os contatos com alérgenos que deflagram a crise.

Palavras chaves: Asma. Broncoespasmo. Vias aéreas.

ABSTRACT

This study addresses bronchial asthma as a chronic disease characterized by airway inflammation and hyperresponsiveness of the bronchial tree that culminates in bouts of bronchospasm to airflow. Asthma develops in genetically predisposed patients in association with external factors. It has a wide range of symptoms and is present in all countries and is considered a major public health problem. It requires an often multiprofessional approach to success in your treatment. The objective of this study was to elaborate a proposal for intervention that addresses prevention strategies to minimize asthma attacks, bronchospasm in asthmatic patients in the community attended by the ESF, Carmelo 2 in Montes Claros / MG. As for the methodology, we tried to use the Simplified Method of Situational Strategic Planning (PES). At the conclusion of the study it should be emphasized that the intervention proposal will use as key points measures to deal with asthma and its crises such as health education for the population, so that contacts with allergens that trigger the crisis are reduced.

Key words: Asthma. Bronchospasms . Airways.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS----	Atenção Básica à Saúde
APS ----	Atenção Primária à Saúde
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DM ----	Diabetes mellitus
ESF---	Estratégia Saúde da Família
PFE---	Pico de Fluxo Expiratório
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF----	Programa Saúde da Família
SMS---	Secretaria Municipal de Saúde
SUS ---	Sistema Único de Saúde
UBS---	Unidade Básica de Saúde
VEF---	Volume Expiratório Forçado
VEF1-	Volume Expiratório Forçado Cronometrado de Primeiro Segundo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Carmelo II, Unidade Básica de Saúde Carmelo, município de Montes Claros, estado de Minas.....18

Quadro 2– Operações sobre os “nós críticos ” relacionado ao problema asma, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelo II, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais 30

Quadro 3- Identificação de recursos críticos.....
31

Quadro 4- Ações estratégicas promovidas para resolução de recursos críticos31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Breves informações sobre o município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população	15
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	15
1.5 Priorização dos problemas	16
1.6 O dia a dia da equipe.....	16
1.7 Estimativa rápida- Definição do problema de saúde no território e da comunidade.....	16
1.8 Priorização dos problemas.....	17
1.9 Descrição do problema selecionado.....	18
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 Geral	19
3.2.Específicos	19
4 METODOLOGIA	21
4.1 Explicação do problema(quarto passo).....	22
4.2 Seleção de nós críticos (quinto passo).....	22

5 REVISÃO DE LITERATURA	23
5.1 Considerações a respeito da asma brônquica.....	23
5.2 Classificação da asma.....	25
5.3 Componentes da asma.....	26
5.4. Considerações sobre o tratamento da asma brônquica.....	26
5.5 Educação em saúde para minimizar a crise de asma.....	27
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Explicação do problema (quarto passo)	29
6.2 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.3 Desenho das operações (sexto passo)	30
6.4 Identificação de recursos críticos (sétimo passo)	31
6.5 Análise da viabilidade do plano (oitavo passo)	31
6.6 Elaboração do plano operativo (nono passo)	32
6.7 Gestão do plano (decimo passo)	32
7 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município e da comunidade de Montes Claros:

Montes Claros é uma cidade brasileira localizada no norte do estado de Minas Gerais, distando da capital Belo Horizonte, cerca de 422 km. Ocupa uma área de 3.568,941km², sendo que 38,7km² estão em perímetro urbano e os 3.543,334km² restantes constituem a zona rural. Sua população é estimada em 404.804 pessoas, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$ 21.943,89, e renda *per capita* de R\$ 650,52 (IBGE, 2010).

É uma cidade rica em arte e cultura. Além disso, possui um centro industrial que atrai grandes empresas. É uma metrópole que consegue conciliar agitação e desenvolvimento com tranquilidade e hospitalidade (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2013). A cidade de Montes Claros se transformou em um importante polo universitário, que comporta estudantes de várias partes do país. Possui ao todo 3.411 pequenas, médias e grandes empresas disponíveis no mercado. E ainda tem a agropecuária como uma parte importante na economia. A construção civil projeta gerar mais 10 mil empregos a médio prazo, na expectativa de construção de 5 mil novos imóveis. O setor industrial ativo também comprova a vitalidade da economia de Montes Claros (http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm).

Montes Claros apresenta uma economia estável e possui infraestrutura para receber novos investimentos. O Plano Rodoviário Nacional classificou Montes Claros como segundo maior entroncamento Rodoviário do País, com acesso fácil por rodovias. O aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste. Montes Claros possui ainda agências de bancos privados e estatais do Brasil e escritórios e representações dos principais órgãos públicos dos governos federal e estadual. Há ainda uma moderna rede hoteleira em seu território. (http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm).

A economia de Montes Claros é diversificada pelas atividades agropecuárias, industriais e de prestação de serviços. A principal fonte econômica está centrada no setor terciário, com seus diversos segmentos de comércio e prestação de serviços de várias áreas, como na educação e saúde. Em seguida, destaca-se o setor secundário, com complexos industriais de

grande porte, além das unidades produtivas de pequeno e médio portes (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2013)

A taxa de escolaridade é de 98,4% entre 6 a 14 anos, isso posiciona o município na posição 238 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 1440 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2010).

Sobre o trabalho e rendimentos em 2016, o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 24.0%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 97 de 853 e 94 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1368 de 5570 e 864 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 457 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3272 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2010).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Montes Claros conta com um sistema de saúde complexo, uma rede de serviços com atenção primária, secundária e terciária. A atenção básica, atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF), contempla toda a região e controla as referências e contrarreferências para a atenção secundária através dos agendamentos realizados pela enfermeira da unidade básica (ESF) que atende os pacientes que são encaminhados aos especialistas e recebimento do contra referência para plano de cuidados sugerido pelo especialista (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2013).

A atenção terciária já funciona com atendimento em livre demanda em todos os hospitais, sem necessidade de encaminhamento, e raramente os pacientes que permaneceram internados são referenciados ao ESF após alta. Geralmente estes pacientes são captados pelos ACS e orientados a agendar consulta para consolidação de tratamento (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2013).

A rede hospitalar conta com 07 hospitais e a Prefeitura mantém em funcionamento 116 unidades básicas de saúde 03 policlínicas e 01 pronto atendimento, além de equipes do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU. Recentemente foram inaugurados o Pronto Socorro Odontológico, atendimento que não existia no município, e também os Serviços

Especializados de Odontopediatria, de Odontologia e de Oncológica. Dezenas de clínicas particulares oferecem profissionais qualificados em todas as especialidades com aparelhos e equipamentos de última geração (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2013).

Existem na cidade 116 estabelecimentos de saúde que atendem os usuários do Sistema Único de Saúde. Registra uma taxa de mortalidade infantil de 9,85 para cada 1000 nascidos vivos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da longevidade em Montes Claros é de 0,868 (IBGE, 2010).

1.3. A Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Carmelo conta com duas equipes de Saúde da Família – Carmelo 1 e Carmelo 2. Situada em uma casa alugada, de dois pavimentos, com escada, sem rampa de acesso para deficientes físicos, ausência de lavabo nos consultórios médicos para assepsia correta das mãos, não conta com sala de vacina e nem farmácia básica municipal.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Carmelo 2: seu território e sua população

A equipe de saúde Carmelo 2, possui uma população de cerca de 4.000 habitantes, sendo em sua maioria de jovens. Atende a uma parte da população do Bairro Carmelo, um dos mais antigos bairros de Montes Claros possui luz elétrica, rede de esgoto e água tratada em todas as casas, tem coleta de lixo em dias alternados, mas tem como problema a grande quantidade de ruas sem asfaltamento. Não tem em seu território escolas, apenas um Centro Municipal de Ensino Infantil (CEMEI). No bairro tem igrejas que são os principais locais de encontros sociais. Tem também em sua área de abrangência um convento de freiras (Fonte: documentos de territorialização da UBS Carmelo).

Não existem hospitais no bairro Carmelo, apenas uma UBS. A ESF Carmelo 2, conta em sua composição com uma enfermeira, uma médica e quatro agentes comunitários de saúde da família, sendo que uma micro área se encontra descoberta.

1.5 . O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

A UBS funciona de 7:30h às 17:30h com marcação de consultas de demanda espontânea diariamente e agendamento para consultas de controle periódico e doenças crônicas. Realiza como procedimentos: curativos, aerossol e aplicação de injetáveis. Em alguns dias no mês são realizados grupos operativos em sua sala de reuniões.

1.6. O dia a dia da equipe

O trabalho da equipe se inicia com acolhimento de pacientes realizado por dois agentes de saúde e marcação e/ ou agendamento de consultas. Diariamente são atendidos cerca de 20 pacientes pela médica sendo 40% agendados para seguimento clínico e 60% consultas de demanda espontânea. A enfermeira faz atendimentos em alguns dias da semana e realiza também serviço administrativo. Os agentes comunitários de saúde realizam suas visitas domiciliares diariamente e a entregam marcações de exames e consultas com especialistas.

1.7 Estimativa rápida-Definição do problema de saúde do território e da comunidade

(1º passo)

Ao se planejar um diagnóstico situacional em primeiro lugar é necessário compreender o significado de problema “entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p 27).

Os mesmos autores destacam ainda que um problema pode ser “definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.27). A partir do momento que o problema da comunidade for conhecido, inicia-se o diagnóstico e para isso ser trabalhado de forma mais rápido deve-se utilizar o método da Estimativa Rápida que é entendida como um suporte utilizado para se desenvolver um diagnóstico situacional, utilizando o planejamento como fase inicial. Assim, a Estimativa Rápida é considerada o “primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A Estimativa Rápida, normalmente é composta de técnicos da saúde, representantes dos serviços e pessoas da comunidade, os quais são responsáveis para examinarem os registros existentes sobre a temática. Esses representantes então iniciam as entrevistas junto a população, destacando pontos importantes apontados pelos mesmos.

Em se tratando do bairro Carmelo, classificado como um bairro de baixa renda, na periferia de Montes Claros, logo, foram observados vários problemas em sua infraestrutura como, ruas não asfaltadas (em maior parte do bairro), ausência de escolas, longa distância de hospitais, UBS com infraestrutura inadequada (consultórios em segundo andar, ausência de rampas, falta de cadeiras para acompanhantes), racionamento de água. Em relação ao atendimento na UBS há excesso de consultas de demanda espontânea, sem serviço de triagem de pacientes por classificação de risco, prejudicando o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas e de pacientes com doenças respiratórias, em especial a asma, sendo atendidos os pacientes por ordem de chegada, e sem estratégia para melhorar a estrutura organizacional.

1.8 Priorização dos problemas (2ª passo)

Após definição dos problemas, foi priorizado como principal, a **asma**, devido sua alta prevalência e grande demanda de urgência tendo possibilidades de enfrentamento pela equipe da ESF.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) todos os problemas necessitam ser priorizados para facilitar o trabalho da equipe de saúde, uma vez que a mesma não dispõe de recursos financeiros e nem recursos humanos para enfrentá-los todos de uma só vez. Assim, os autores estabeleceram alguns critérios para selecionar os problemas, conforme mostra o quadro1. Além disso, para selecionar os problemas devem ser levados em consideração: a importância do problema, sua urgência, a capacidade para enfrentá-lo, a viabilidade e os recursos, distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Carmelo no município de Montes Claros estado de Minas Gerais, 2018.

Problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização ****	Viabilidade	Recursos
Asma	Alta	7	Parcial	1	Alta	Disponíveis parcialmente
Infraestrutura deficiente	Alta	4	Fora	2	Pequena	Indisponíveis
Racionamento de água	Alta	3	Fora	4	Pequena	Indisponíveis
Excesso de consultas por demanda espontânea	Alta	5	Parcial	3	Alta	Disponíveis
Falta de leitos hospitalares	Alta	6	Fora	5	Pequena	Indisponíveis

Fonte: Informações de relatório de Siab, 2018

1.9. Descrição do problema selecionado (3º passo)

Mediante informações estabelecidas no quadro acima, o problema selecionado foi a asma devido seu alto grau de importância e urgência e a necessidade de grande quantidade de consultas médicas para redução de crises. É perceptível a grande prevalência da asma na população deste bairro e deve se exaltar como fator importante de piora o número grande de ruas não asfaltadas no bairro que geram uma grande quantidade de poeira, que é um dos fatores de risco para a crise asmática.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi realizado após a observação do quantitativo elevado de pacientes asmáticos que frequentam a Unidade Básica de Saúde, com muita frequência à procura de atendimento de urgência em virtude das crises de broncoespasmo repetidas, ao ter contato com alérgenos ambientais, o que culmina em redução da qualidade de vida e grande absenteísmo em escola e trabalho.

Em um período de 4 meses foram realizados 72 atendimentos de pacientes com doenças respiratórias, sendo em sua maioria pacientes com asma crônica em crise, conforme relatório de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) de 2018.

Foi constatado ainda, que os atendimentos de pacientes com crises asmáticas aumentam progressivamente e essas crises trazem muito sofrimento aos usuários. Além disso, tem-se observado que estes pacientes necessitam de tratamento especializado com pneumologista, que é um profissional de difícil acesso devido à escassez de vagas para atendimento. Uma das causas ambientais mais comuns que deflagra as crises asmáticas é a poeira, que pode ser vista em excesso no bairro do presente estudo decorrente do grande número de ruas não asfaltadas. Assim, espera-se podermos atuar junto aos órgãos regulamentados para intervenção desse nó crítico.

A maior preocupação dos profissionais de saúde é trabalhar para intervir na redução de crises asmáticas para que haja redução de internações hospitalares, reduzindo assim a fila no atendimento em Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como trabalhar para reduzir a demanda por atendimento especializado e manutenção de uma melhor qualidade de vida para essa clientela, atuando na educação em saúde com a equipe da ESF e com a população.

Espera-se com este trabalho contribuir com as instituições para que a demanda seja reduzida, os pacientes tenham melhor qualidade de vida e melhor qualidade de atendimento, uma vez que a asma é muito prevalente neste território.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral:

Elaborar uma proposta de intervenção que aborde as estratégias de prevenção para minimizar as crises de asma, de broncoespasmo em pacientes asmáticos na comunidade atendida pela ESF Carmelo 2 em Montes Claros/MG.

3.2. Específicos

- Rever o conceito da asma, diagnóstico e formas de tratamento;
- Identificar os fatores desencadeantes de crises asmáticas;
- Propor medidas de intervenção que possa contribuir para a redução das crises asmáticas na população do bairro Carmelo.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma Proposta de Intervenção e para desenvolvê-la foi necessário utilizar os dados levantados através do diagnóstico situacional. Entende-se por diagnóstico situacional ou organizacional como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados coletados no serviço (Universidade Federal de Minas Gerais, 2010) onde exerço a função de médica, incluindo reunião com a equipe da ESF.

O Planejamento Situacional avalia um conjunto de compromissos denominados de Recursos, Produtos e Resultados, para sucesso e resolutividade. A estratégia está fundada em ideias e recomendações, mas concretiza-se em operações, sendo o plano situacional um conjunto de operações para uma forma concreta de produção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Neste trabalho foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados, os prioritários, dos nós críticos e as ações que precede e preside a ação para criar o futuro, não para predizê-lo, mas para aumentar a limitada capacidade de previsão.

O Planejamento Estratégico Situacional -PES a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidades dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.26).

Dessa forma procurou-se descrever os passos, a seguir

1. Definição dos problemas
2. Priorização de problemas
3. Descrição do problema selecionado

4. Explicação do problema
5. Seleção dos nós críticos
6. Desenho das operações
7. Identificação dos recursos críticos
- 8 Análise de viabilidade do plano
9. Elaboração do plano operativo
10. Gestão do plano.

Após levantamento de dados em arquivos e prontuários da ESF Carmelo 2 , iniciamos a descrição do trabalho.

4.1. Explicação do problema (4º passo)

Foram observados vários problemas sendo eles estruturais, e de atenção ao paciente. Quanto aos problemas estruturais apresenta ruas não asfaltadas (em maior parte do bairro), ausência de escolas, longa distância de hospitais, UBS com infraestrutura inadequada (consultórios em segundo andar, ausência de rampas, falta de cadeiras para acompanhantes) e racionamento de água.

Em relação ao atendimento na UBS há excesso de consultas de demanda espontânea, sem serviço de triagem de pacientes por classificação de risco, acompanhamento prejudicado de pacientes com doenças crônicas e grande número de doentes respiratórios, em especial asmáticos, sem controle eficiente de crises.

4.2. Seleção dos nós críticos. (5º passo)

Após definição dos problemas, foram priorizadas como nós críticos que consideramos relevantes, a presença de grande quantidade de alérgenos, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e a dificuldade de acesso ao especialista (pneumologista) tendo como foco

principal a asma, devido sua alta prevalência e grande demanda de urgência e possibilidade de enfrentamento pela equipe da ESF.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Considerações a respeito da Asma Brônquica

A asma, uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo, é uma síndrome complexa, com diferentes manifestações clínicas em adultos e em crianças. Costuma ser classificada segundo os fatores desencadeadores de sintomas, a gravidade e frequência dos sintomas. No entanto, seria ideal se pudesse ser classificada segundo os mecanismos moleculares envolvidos na sua gênese e evolução, o que apontaria diretamente para os alvos diagnósticos e terapêuticos (LEMANSKE; BUSSE, 2006).

Essa doença afeta tanto crianças quanto adultos, sendo um problema mundial de saúde e acometendo cerca de 300 milhões de indivíduos. Estima-se que, no Brasil, existem aproximadamente 20 milhões de asmáticos, se for considerada uma prevalência global de 10% (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2006).

A asma é a quarta causa de hospitalização pelo Sistema Único de Saúde. Um estudo multicêntrico mostrou que o Brasil encontra-se em oitavo lugar, com uma prevalência média de 20%. Aproximadamente 45% dos adultos que têm asma apresentam outra doença crônica, como hipertensão, diabetes e depressão. Além disso, cerca de 2,5 mil pessoas morrem por ano por causa da asma. Em 2011, do total de 177,8 mil internações no Sistema Único de Saúde em decorrência da asma, 77,1 mil foram crianças (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

Sabe-se que “a asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, cuja etiologia ainda não está completamente compreendida” (CAMPOS, 2007, p.48).

As vias aéreas são hiperresponsivas e contraem-se facilmente em resposta a uma ampla gama de estímulos. Essa alteração pode causar tosse, sibilos, dispneia e opressão torácica. O estreitamento das vias aéreas é usualmente reversível, mas, em alguns asmáticos, a obstrução ao fluxo aéreo pode ser irreversível. Seu tratamento deve antagonizar a inflamação. Os corticosteroides são os mais potentes e

fisiológicos dos anti-inflamatórios; devem, portanto, ser os melhores remédios para o tratamento da asma (CAMPOS, 2007, p.48).

Existem estudos que consideram que a asma comece a ser definida ainda na fase intrauterina. Segundo estudos de coorte, a suscetibilidade a asma é, em grande parte, determinada durante o desenvolvimento fetal e nos primeiros três a cinco anos de vida. Fatores genéticos e ambientais operam num momento de desenvolvimento/crescimento pulmonar, definindo a estrutura e a função das vias aéreas. Alterações durante esse período crítico tornam as vias aéreas mais susceptíveis a poluentes ambientais e as predispõem sensibilização com aeroalérgenos (WARNER,1998 *apud* CAMPOS, 2007, p.408).

Aparentemente, indivíduos com predisposição genética para asma e para alergia, quando colocados num ambiente particular no início de suas vidas, desenvolvem um tipo peculiar de inflamação das vias aéreas que resulta nessa doença (WARNER,1998 *apud* CAMPOS,2007,p.49).

A asma deve se apresentar um ou mais dos sintomas como dispnéia, tosse crônica, sibilância(chiado), e desconforto torácico, principalmente à noite ou pela manhã; sintomas em episódios; melhora espontânea ou através do uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, antiinflamatórios esteróides); apresentação de três ou mais episódios de sibilância em um ano modificacao sazonal dos sintomas e história familiar presente para asma ou atopia (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2006).

Os mesmos autores destacados acima colocam que os testes diagnósticos disponíveis na prática clínica incluem espirometria (antes e após o uso de broncodilatadores), testes de bronco provocação e medidas seriadas de PFE. Em certos casos, a comprovação da reversibilidade da obstrução ao fluxo aéreo pode ser demonstrada apenas com o teste terapêutico com corticoide oral.

O diagnóstico de asma é firmado pela presença de sintomas característicos, e confirmada pela demonstração de limitação variável ao fluxo de ar.“ As medidas da função pulmonar fornecem uma avaliação da gravidade da limitação ao fluxo aéreo, sua reversibilidade e variabilidade, além de fornecer confirmação do diagnóstico de asma” (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006, p.S448).

Para favorecer o diagnóstico, utiliza-se da seguinte ferramenta:

a) Espirometria: É o método de escolha na determinação da limitação ao fluxo de ar e estabelecimento do diagnóstico de asma. São indicativos de asma: obstrução das

vias aéreas caracterizada por redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) para abaixo de 80% do previsto e da sua relação com a capacidade vital forçada para abaixo de 75% em adultos e de 86% em crianças; obstrução ao fluxo aéreo, que desaparece ou melhora significativamente após o uso de broncodilatador (aumento do VEF1 de 7% em relação ao valor previsto e de 200 mL em valor absoluto, após inalação de beta-2 agonista de curta duração), ressaltando-se que limitação ao fluxo aéreo sem resposta ao broncodilatador em teste isolado não deve ser interpretada como obstrução irreversível das vias aéreas; aumentos no VEF1 superiores a 20% e excedendo a 250 ml de modo espontâneo no decorrer do tempo ou após intervenção com medicação controladora (ex., prednisona 30 a 40 mg/dia VO, por duas semanas)(IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma,2006, p.S449)

b) Pico de fluxo expiratório (PFE): O PFE é importante para o diagnóstico, monitoração e controle da asma. A variação diurna do PFE pode ser utilizada para se documentar a obstrução do fluxo aéreo. São indicativos de asma aumento de pelo menos 15% no PFE após inalação de um broncodilatador ou um curso oral de corticosteroide; variação diurna no PFE maior que 20% (diferença entre a maior e a menor medida do período) considerando medidas feitas pela manhã e à tarde, ao longo de um período de duas a três semanas (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006, p.S449).

5.2. Classificação da asma

A avaliação da gravidade da asma pode ser feita avaliando a frequência e intensidade dos sintomas e avaliando a função pulmonar. Sinais como intolerância ao exercício, quantidade de consultas para avaliação de crises, o uso crônico de corticosteroide sistêmico, o número de internações hospitalares por asma e a necessidade de ventilação mecânica são também critérios utilizados para classificar a gravidade de cada caso (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006).

“Estima-se que 60% dos casos de asma sejam intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves” (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006, p.S450).

A avaliação da gravidade da asma deve compreender a gravidade da doença subjacente e sua resposta ao tratamento. Sendo assim a asma pode ser classificada como persistente grave na sua primeira avaliação, mas responder muito bem ao tratamento e ser controlada com dose baixa de corticosteroides e ser então classificada como asma leve ou moderada. Assim a gravidade não é considerada como uma característica fixa do paciente com asma e pode se alterar com o tempo (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006).

5.3 Componentes da asma

A asma tem um impacto importante na vida dos pacientes, seus familiares e no sistema de saúde. Embora não exista cura, o manejo adequado baseado na parceria médico-paciente pode resultar em controle da doença, que é sua principal meta ((JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

No senso comum, o controle poderia indicar prevenção total da doença ou mesmo a sua cura, mas no caso da asma, onde, atualmente, nenhuma destas opções é realista, se refere ao controle das manifestações clínicas e funcionais (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

5.4 Considerações sobre o tratamento da asma

O principal objetivo no tratamento da asma é alcançar e manter o controle clínico, e isso pode ser obtido na maioria dos pacientes, com uma intervenção farmacológica planejada e executada em parceria entre o médico, o paciente e sua família. O tratamento tem sido dividido em cinco etapas, e cada paciente deve ser alocado para uma dessas etapas de acordo com o tratamento atual e o seu nível de controle (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

Etapa 1: Medicação de resgate para o alívio dos sintomas

Na etapa 1, deve se promover a educação do asmático e o controle ambiental, e iniciar o uso de apenas medicação de alívio em caso de pacientes que têm sintomas ocasionais de curta duração e que entre esses episódios, o paciente está assintomático (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

Etapa 2: Medicação de alívio mais um único medicamento de controle

Na etapa 2, os corticoides inalatórios em doses baixas são a primeira escolha. Para pacientes que apresentem reações adversas ao uso de corticosteroides, pode-se avaliar o uso de antileucotrienos. (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

Etapa 3: Medicação de alívio mais um ou dois medicamentos de controle

Na etapa 3, é usada uma associação de um corticoide inalatório em doses baixas com um β_2 -agonista inalatório de ação prolongada. Usa-se também um β_2 -agonista de rápido início de ação para o alívio de sintomas conforme necessário. Outra opção para não associar um β_2 -agonista, seria aumentar a dose do corticoide inalatório. Outras opções são a adição de um antileucotrieno ao corticoide inalatório em doses baixas ou a adição de teofilina (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

5.5 Educação em saúde para minimizar a crise de asma

A educação em saúde é uma das estratégias sugeridas pelo Ministério da Saúde para a realização das práticas promotoras da saúde. Ela é definida como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem o objetivo de sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (BRASIL, 2005).

Segundo Fernandes e Backes (2010) os profissionais da saúde das Equipes de Saúde da Família reconhecem seu papel de educadores em saúde, mas de forma geral ainda desenvolvem o modelo verticalizado de transmissão de informações. São restritos os profissionais que seguem as perspectivas emancipatórias de educação em saúde, com troca de informações (horizontal) e participação da população, o que seria extremamente desejável em saúde pública.

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Fisiologia informa que a capacitação sobre o tema asma deve ser direcionada à população em geral, às instituições (escolas, colônias de férias, seguradoras de saúde e empresas públicas e privadas), aos profissionais da saúde, aos familiares, aos cuidadores e aos próprios pacientes asmáticos (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

Para que haja prevenção dos agravos da asma são necessários planejamento e gerenciamento das ações, implantando um fluxo de atendimento, além da dispensação de medicamentos e capacitação profissional. A capacitação dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família em relação à asma, associada à realização de visitas domiciliares com orientação sobre o controle ambiental dos alérgenos, bem como uso dos dispositivos dos medicamentos inalatórios reduzem significativamente o número de internações hospitalares por asma (CORIOLANO *et al.*, 2013).

A utilização de ferramentas para a educação em asma dos agentes comunitários de saúde e a atuação desses trabalhadores nos domicílios de asmáticos, com vista a melhorar as condições ambientais desses domicílios, também se mostrou como importante ferramenta para a redução dos alérgenos nos domicílios e no controle da asma (CARMO *et al.*, 2011).

1) **Níveis de educação** (Yawn *et al.*, 2000) descrevem os níveis dessa educação.

* Educar os profissionais ligados a saúde- facilita o diagnóstico correto e precoce, aumenta a adesão a terapêutica adequada e promove a atualização profissional e a aplicação de consensos

* Educar o paciente asmático- aumenta a percepção dos sintomas e reduz o número de hospitalizações, visitas não agendadas aos ambulatórios e o absentéismo.

2) **Metas do programa de educação em asma**

As metas são explicar a cronicidade da asma e reconhecimento dos sintomas, identificar fatores agravantes e orientar como evitá-los, usar medicamentos apropriados e com técnica adequada e ensinar a execução de um plano de ação (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2012).

3) **Elaboração de um plano de ação**

Deve ser por escrito, individualizado e elaborado pelo médico, equipe de enfermagem e pelo paciente, sendo o ponto central do tratamento.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado “asma.”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1. Explicação do problema: (4º passo)

A asma brônquica é uma doença crônica caracterizada por inflamação da via aérea, hiper-responsividade brônquica e crises de broncoespasmo com obstrução reversível ao fluxo aéreo. O desenvolvimento e manutenção da asma dependem da ação de fatores externos variados em indivíduos geneticamente predispostos. A asma é caracterizada por tosse, sensação de aperto no peito, dispneia e sibilos. Tem como fatores de risco alérgenos (poeira, mofo, epitélio de animais) e fatores irritantes (infecções virais, exercício, doença do refluxo gastroesofágico, medicações e ansiedade).

6.2. Seleção dos nós críticos: (5º passo)

Foram selecionados como nós críticos a presença de grande quantidade de alérgenos nessa região, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e dificuldade de acesso ao especialista (pneumologista).

6.3. Desenho das operações: (6º passo)

Quadro 2-Operações sobre o nós críticos relacionados ao problema asma, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelo II, do município de Montes Claros, estado de Minas Gerais

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Contato com alérgenos	*Reduzindo alergias respiratórias Capacitar equipe para educar a população	Diminuir a quantidade de pacientes com crises asmáticas	Orientações por parte dos profissionais de saúde e por cartazes para informar sobre formas de evitar contato com alérgenos.	Estrutural: sala de reuniões na UBS Cognitivos: estratégias da equipe para abordagem dos pacientes. Financeiro: confecção de cartazes
Baixa adesão ao tratamento medicamentoso	*Usando corretamente as medicações Conscientizar a população	Aumentar a quantidade de pessoas com uso correto da medicação	Orientações pela equipe da ESF sobre uso correto das medicações	Estrutural: sala de reuniões na UBS Cognitivo: estratégias da equipe para abordagem dos pacientes.
Dificuldade de acesso ao especialista (pneumologista)	*Mais consultas com especialista Aumentar a quantidade de consultas disponíveis com pneumologista	Melhorar o tratamento da asma com indicação de tratamento por especialista	Contratação de mais profissionais pela SMS	Financeiro: Secretaria de Saúde disponibilizar recursos para contratação de mais especialistas

6.4. Identificação dos recursos críticos (7º passo)

Quadro 3: Avaliação de recursos críticos

Operação	Recurso crítico
Capacitar a equipe	* Estrutural- infraestrutura *Cognitivo: capacitação de profissionais da equipe de saúde sobre a asma *Financeiro: liberação de recursos para confecção de cartazes
Educar a população	* Estrutural- infraestrutura * cognitivo- orientar a população para que seja efetivo o uso das medicações
Aumentar a quantidade de consultas disponíveis com pneumologista	* político- adesão da prefeitura/ secretaria de saúde para contratar mais profissionais * financeiro- ter recursos para contratação dos profissionais

Fonte: autora do estudo, 2019

6.5. Análise da viabilidade do plano (8º passo)

Quadro 4. Ações estratégicas promovidas para resolução de recursos críticos

Recurso crítico	Ações estratégicas
*Cognitivo: capacitação de profissionais da equipe de saúde sobre a asma	Medico da ESF capacitara demais membros da equipe
*Financeiro: liberação de recursos para confecção de cartazes	Solicitar recurso financeiro a SMS
* político- adesão da prefeitura/ secretaria de saúde para contratar mais profissionais	Reunir com líderes governamentais para expor a necessidade de maior número de médicos especialistas

Fonte: autora do estudo,2019

6.6 Elaboração do plano operativo (9º passo)

O projeto deve ser implantado em 02 meses para que ao longo de 01 ano possa ser avaliada se houve a redução do número de crises asmáticas nos pacientes atendidos pela ESF Carmelo II

6.7 . Gestão do plano (10º passo)

Responsável pelo desenvolvimento e aplicação do plano de intervenção será a equipe da ESF Carmelo II e o monitoramento e avaliação das operações será a Secretaria Municipal de Saúde.

7. CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido sobre “asma“ é de suma relevância por se tratar de uma doença crônica de alta prevalência, com altas taxas de morbidade e elevados custos sociais e econômicos ao sistema público de saúde. O estudo apontou ainda um índice elevado da população adulta e infantil, afetados pela doença e ainda mostrou também as dificuldades de tratamento ideal por depender de medidas preventivas que envolvem governo, população e equipes de saúde, medidas terapêuticas adequadas e de educação da população quanto ao manejo de seu tratamento.

A preparação deste trabalho permitiu identificar principais agravantes das crises asmáticas, e a importância da infraestrutura da cidade como fator que contribui como modificador das crises. Além disso, vem reafirmar a grandiosidade da equipe da ESF no trabalho de educação populacional para redução de crises asmáticas.

Foi importante sua realização para melhoria nos atendimentos e fluxos de encaminhamento de pacientes asmáticos na equipe Carmelo 2 e para atualização profissional de toda a equipe de saúde.

O Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família possibilitou novos conhecimentos acerca do tema e da Estratégia de Saúde da Família, bem como de observar que as ações preventivas devem ser alinhadas com educação e promoção em saúde para definir prioridades relacionados ao processo saúde-doença da população do município.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação que produz saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. BRASIL.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acessado em: 14/01/2019.

CARMO, T.A.; ANDRADE, S.M.; CERCI, A.N. Avaliação de um programa de controle da asma em unidades de saúde da família. **Cad Saúde Pública**. 2011;27(1):162-72.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S.; Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras de Enferm**. 2010;63(4):567-73.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA – GINA [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma. [cited 2011 Apr 1] Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2010. [Adobe Acrobat document, 119p.] Available from: http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2010.pdf

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, 2010. Cidades@. Brasília,[online], 2016b. Disponível:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em :09/02/2019.

JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA. VI Congresso Brasileiro de Asma; II Congressos Brasileiros de DPOC e Tabagismo 2006 - Vol. 33 - Supl. 4R. Disponível

em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_capitulo.asp?id=158&supl=48

JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012. - Vol. 38 - Supl. 4R. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf

LEMANNESKE, R.F. JR.; BUSSE, W.W. Asthma: factors underlying inception, exacerbation, and disease progression. J Allergy Clin Immunol 2006;117(suppl):S456-61

PREFEITURA DE MONTES CLAROS. Agosto de 2013. Disponível em: <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/> Acessado dia: 05/01/2019.

WARNER, J.O. Bronchial hyperresponsiveness, atopy, airway inflammation, and asthma. Pediatr Allergy Immunol 1998; 9: 56-60. © Munksgaard 1998. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1399-3038.1998.tb00304.x>

YAWN, B.P.; MARKSON, L.; ALGATT-BERGSTROM, P.J.; YAWN, R.A.; WOLLAN, P.; GRECCO, M. An in school CD-ROM asthma educational program. J Sch Health 2000;70:153-9.