

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

MILENA PINHEIRO DE MACEDO MARQUES

ABORDAGEM DAS CRIANÇAS ASMÁTICAS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, BOM DESPACHO/ MG

BOM DESPACHO - MG

2014

MILENA PINHEIRO DE MACEDO MARQUES

**ABORDAGEM DAS CRIANÇAS ASMÁTICAS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, BOM DESPACHO/ MG**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

BOM DESPACHO - MG

2014

MILENA PINHEIRO DE MACEDO MARQUES

**ABORDAGEM DAS CRIANÇAS ASMÁTICAS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, BOM DESPACHO/MG**

Banca Examinadora

Prof^a.: Agma Leozina Viana Souza- NESCON/ UFMG - Orientadora

Prof^a.: Ms. Fernanda Carolina Camargo - CEABSF/UFTM - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

A asma é uma doença de vias aéreas muito prevalente em nosso meio, sendo determinada por fatores genéticos e ambientais. O objetivo deste trabalho é apresentar um plano de intervenção para melhorar a captação e o acompanhamento das crianças asmáticas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família JK da cidade de Bom Despacho, Minas Gerais (MG). O projeto resultante visa capacitar os profissionais da equipe de saúde e educar pacientes e responsáveis para o reconhecimento e o tratamento imediato dos sintomas da crise asmática e prevenção de complicações. Além disso, conhecer o número de crianças asmáticas na população cadastrada, dado indisponível à época da confecção deste trabalho. Ressalta-se a importância da revisão bibliográfica para embasar o plano de intervenção gerado neste trabalho.

Palavras-chaves: Asma. Estratégia Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Asthma is a respiratory tract disease very prevalent in our country and is determined by genetic and environmental factors. This work intends to propose an action plan to improve the collection and monitoring of asthmatic children in the area covered by Team of Health of the Family JK in Bom Despacho, Minas Gerais (MG). The resulting project aims to train health staff professionals and educate patients and their parents for the recognition and prompt treatment of symptoms of asthma attacks and prevent complications. Also, knowing the number of children with asthma in the population registered, data not available at the time of preparation of this work . We emphasize the importance of literature review to support the intervention plan generated in this work.

Keywords: Asthma. Family Health Strategy. Continuity of Patient Care.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BVS – Biblioteca Virtual da Saúde
CI – Corticóide Inalatório
CTI – Centro de Tratamento Intensivo
CVF – Capacidade Vital Forçada
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
GINA – *Global Initiative of Asthma*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ISAAC - *International Study for Asthma and Allergies in Childrens*
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PEP – Programa de Educação Permanente
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PFE – Pico de Fluxo Expiratório
PSF – Programa Saúde da Família
SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEL – Universidade Estadual de Londrina
VEF – Volume Expiratório Forçado

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro 1 – População por faixa etária, Bom Despacho, MG.....	15
Figura 1- Representação esquemática dos brônquios perveo e obstruído.....	17
Figura 2 - Dispositivo de pico de fluxo expiratório.....	19
Quadro 2 – Classificação da gravidade da asma.....	20
Figura 3 - Espaçador valvulado acoplado ao aerossol dosimetrado.....	21
Quadro 3 – Problemas identificados no diagnóstico da ESF JK.....	24
Quadro 4 – Plano de intervenção para crianças asmáticas na ESF JK.....	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
5.1 Aspectos gerais da cidade de Bom Despacho.....	15
5.2 Asma: definição e quadro clínico.....	16
5.3 Epidemiologia da asma.....	17
5.4 Diagnóstico da asma.....	18
5.5 Classificação da asma.....	20
5.6 Abordagem terapêutica da asma.....	20
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A asma é definida como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, ocasionada pela interação de diversos fatores genéticos e ambientais. De prevalência mundial, a asma afeta crianças e adultos sendo caracterizada por uma variabilidade de sintomas por vezes desencadeados por irritantes inespecíficos (SBPT, 2012).

O diagnóstico clínico é sugerido na presença de sibilos, dispnéia, tosse crônica, desconforto torácico sobretudo, à noite ou nas primeiras horas da manhã (JENTZSCH *et al*, 2006).

O tratamento da asma prevê o uso de medicamentos e medidas de controle ambiental que devem ser rotineiramente discutidas e implementadas nos atendimentos (SBPT, 2012).

Considerada uma condição crônica sensível à Atenção Primária à Saúde (APS), um dos objetivos do tratamento da asma, deve focar na prevenção de crises e não somente no atendimento pontual das formas agudas da doença. Sendo assim, um dos grandes desafios que se impõe é a mudança do paradigma assistencial migrando da abordagem das crises para o cuidado contínuo e integral, centrado na pessoa e apoiado pela família e sociedade nas ações de prevenção da doença (MENDES, 2012).

A estratégia de saúde da família, por seus atributos de porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e responsabilidade sanitária pelo território, deve conhecer a realidade epidemiológica para atuar ordinariamente nas necessidades e demandas da população adstrita.

Por ocasião do curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, a Equipe JK do município de Bom Despacho/MG, realizou o seu diagnóstico situacional e vários problemas de ordem social, administrativa e assistencial foram levantados. Atualmente, a equipe é responsável por 2100 pessoas, aproximadamente 550 famílias, entretanto, a população está sendo redistribuída e poderá ser alterada após esse processo. O número de crianças asmáticas sem acompanhamento adequado foi escolhido como prioritário e de poder de alcance apropriado para a intervenção proposta neste trabalho.

A equipe JK funciona na UBS construída para atender as comunidades dos bairros JK, Santa Marta, Aeroporto e São Vicente. A unidade básica de saúde foi recém construída com o objetivo de abrigar duas equipes, entretanto, atualmente, está funcionando com quatro equipes e o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Essa situação tem obrigado os profissionais a fazer revezamento dos consultórios e espaços disponíveis, muitas vezes tornando o ambiente tumultuado.

Outro aspecto é a localização da UBS, sendo de fácil acesso para as comunidades do JK e Santa Marta, porém para as outras equipes da ESF Aeroporto e São Vicente, esta localização apresenta uma distância considerável. A UBS funciona de 7:00 às 17:00 ininterruptamente. Quinzenalmente, ocorre o chamado “horário do trabalhador” em que o início do turno da tarde é às 15 horas, buscando atender trabalhadores que encontram dificuldade para ir ao centro de saúde frente ao expediente habitual.

A equipe é composta por uma médica generalista, um médico de apoio, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde e uma secretária para a equipe da comunidade JK. O médico de apoio está inserido no Programa Mais Médicos do Governo Federal. Todos trabalham oito horas por dia com direito a duas horas de almoço.

Por ocasião do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, o médico de apoio e autor desta monografia perfaz carga horária de 32 horas semanais, com liberação de 8 horas por semana para cumprir as atividades do curso. Além disso, a cada quinze dias em um turno, participa do PEP (Programa de Educação Permanente), outra estratégia de educação importante para aprimoramento e formação profissional.

Este trabalho de conclusão propõe um plano de intervenção que auxilie na identificação, diagnóstico e no acompanhamento das crianças com sintomas respiratórios diagnosticados como asma ou bronquite na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família JK.

2 JUSTIFICATIVA

A asma tem sido alvo de diversos estudos e a cada ano tem-se informações diferentes e novas perspectivas para o tratamento, controle e prevenção de crises recorrentes. É uma doença que traz grande morbidade aos indivíduos portadores e, também, grande potencial de complicações se não identificada e tratada prontamente, principalmente, em crianças (SBPT, 2012).

Desse modo, foi observado durante o trabalho na Equipe de Saúde JK, que inúmeras crianças procuram a Unidade Básica de Saúde (UBS) com sinais de doença respiratória caracterizada por tosse seca e dispnéia de longa data ou mesmo chieira, sem que o responsável saiba do diagnóstico de asma (ou “bronquite” como é chamada popularmente). E quando o diagnóstico é do conhecimento dos familiares, algumas vezes não o tomam como uma doença crônica. Muitas vezes, as crianças chegam já com complicações da asma, sendo a principal, a pneumonia. Diante dessas observações, surgiu o interesse de conhecer o número real de crianças asmáticas na área de abrangência e propor um plano de intervenção junto aos familiares e os profissionais membros da ESF para a abordagem atenta e criteriosa dessas crianças com o principal objetivo de reduzir e tratar adequadamente as crises.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a captação e o acompanhamento das crianças asmáticas na área de abrangência da ESF JK de Bom Despacho / MG.

4 METODOLOGIA

Este estudo teve início a partir do diagnóstico situacional e propõe um plano de intervenção para melhorar o acompanhamento das crianças asmáticas da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) JK do município de Bom Despacho, MG.

“O diagnóstico situacional é apenas o primeiro passo para um processo que busca construir um plano de ação para intervenção de um problema selecionado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.56).

Segundo os autores, o Planejamento Estratégico Situacional é um importante instrumento de planejamento e gestão que permite priorizar as ações conforme a capacidade real da execução. Desse modo, é realizado por meio de alguns passos bem definidos, iniciando com identificação de problemas, passando pela priorização de um problema, explicação das causas e principais nós críticos, finalizando com o projeto de intervenção a partir do desenho das operações a serem realizadas, os recursos humanos e materiais necessários e a previsão de prazos.

A elaboração desse projeto de intervenção conta com o apoio de todos os membros da equipe que participaram do diagnóstico situacional e do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Durante o levantamento de dados sobre o número de crianças asmáticas na cidade, foi verificado que no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e a própria equipe não possuem estes dados. Dessa forma, uma das propostas a ser implementada será a identificação e busca ativa continuada das crianças asmáticas através das visitas periódicas dos agentes comunitários de saúde (ACS) nos domicílios. Nesse sentido, a participação do agente comunitário será de grande importância, pois têm em suas atribuições a função de ser o elo entre a comunidade e os profissionais facilitando o acesso às informações sobre as condições de saúde das pessoas.

O respaldo teórico está orientado por publicações disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca virtual do Núcleo de Educação NESCON - UFMG e nos sites do Ministério da Saúde, SIAB, IBGE e Prefeituras de Belo Horizonte e Bom Despacho. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para a busca de artigos foram: asma, continuidade da assistência ao paciente, estratégia saúde da família.

As publicações foram lidas e resumidas para consulta posterior e a citação bibliográfica encontra-se registrada. Após a aprovação, o plano de intervenção será

apresentado á equipe para apreciação e implementação das propostas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Aspectos gerais da cidade de Bom Despacho/MG

No século XVII houve uma redução das reservas de ouro no estado de Minas Gerais, em consequência disso, a população que vivia na região das minas foi se instalar nas fazendas de gado, intensificando a colonização e dando início ao Arraial de Nossa Senhora de Bom Despacho. Em 1812, o arraial foi homologado como instituição civil por meio de carta régia e somente após um século, em 1 de junho de 1912, foi efetivamente denominado município de Bom Despacho (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO, 2014).

Localizada na região do cerrado da bacia do rio São Francisco, Bom Despacho dista 141 km da capital Belo Horizonte. Segundo o Censo do IBGE (2010), a cidade possui uma população de 45.624 habitantes sendo que 12.374 famílias residem no perímetro urbano e 775 famílias residem no perímetro rural com a distribuição por faixa etária descrita no quadro 1.

Quadro 1- População por faixa etária, Bom Despacho/ MG, 2010.

Município: Bom Despacho									
Distribuição da população por faixa etária e área de ocupação.									
Nº de indivíduos	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Área urbana	2679	3103	3654	3888	3743	9952	11015	4929	42963
Área rural	235	179	208	134	238	594	679	394	2661
Total	2914	3282	3862	4022	3981	10546	11694	5323	45624

Fonte: IBGE, 2010

Circundada pelas cidades de Martinho Campos, Luz, Santo Antônio do Monte e Moema, Bom Despacho possui os melhores indicadores socioeconômicos da região. Seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,750, melhor que Moema (0,721), Lagoa da Prata (0,732), Dolores do Indaiá (0,719), Martinho Campos (0,669), Leandro Ferreira (0,710), Santo Antônio do Monte (0,724) e Luz (0,724). A Renda Média Familiar por domicílio é R\$ 1.598,01 na zona rural e R\$ 2.599,04 na área urbana. O valor mediano mensal *per capita* dos domicílios é R\$ 432,50 na zona rural e R\$ 550,00 na urbana, o que significa que 21,62% da população de Bom Despacho vivem abaixo do nível de pobreza (IBGE, 2014). As principais

atividades econômicas da cidade são produção leiteira, aves e a produção de calçados (IBGE, 2012). Quanto ao saneamento, 91% dos domicílios possuem água tratada, a coleta de lixo e o esgoto canalizado atingem 89% das residências (IBGE, 2014).

A cidade de Bom Despacho possui dois hospitais, um público e um privado. O atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado pela Santa Casa de Misericórdia, hospital de média complexidade que não tem Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Em 2010, segundo o IBGE, havia 102 leitos para internação disponíveis, dos quais 67 estavam disponíveis para o SUS. Havia, também, 02 mamógrafos, 10 equipamentos de radiologia, 09 eletrocardiógrafos. A cidade possui um laboratório de análises clínicas vinculado ao SUS além de prestadores privados (IBGE, 2010). As cidades de referência para atendimentos de alta complexidade são Divinópolis e Belo Horizonte.

A expectativa de vida ao nascer em Bom Despacho para o ano de 2010 era de 76,7 anos e as taxas de mortalidade estão associadas às doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo (DATASUS, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em Bom Despacho em 1997, no início do programa no país, obviamente seu formato era diferenciado do que é visto hoje tendo havido muitas melhorias em relação à construção de unidades básicas de saúde, alocação de profissionais e definição da rede de integração (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO, 2014). Em 2009, a cidade contava com 12 equipes da ESF cobrindo 29.691 pessoas o que correspondia a 67,1% da população (DATASUS, 2009). Em 2011, a cobertura do programa atingiu 73,9%, com uma média mensal de visitas de 0,09 por família, cobertura de pré-natal de 99% e 89,2% das crianças com esquema vacinal básico em dia (CORGOSINHO, 2013).

5. 2 Asma: definição e quadro clínico

Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores caracterizada por hiper-responsividade e limitação variável do fluxo aéreo, sendo geralmente reversível (MELO; LIMA; SARINHO, 2005) . De acordo com o Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia a reação inflamatória crônica na parede brônquica está presente na vigência de sintomas ou não, com variações de intensidade ao longo do tempo. A reação inflamatória causa localmente além do broncoespasmo, edema de mucosa e formação de tampões de muco obstruindo as vias aéreas, a chamada crise asmática (SBPT, 2012).

asma em crianças de 6 a 7 anos foi de 11,6% e entre adolescentes de 13 a 14 anos foi de 13,4% (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2012; SILVA; LUNA; ALMEIDA, 2006; SOLÉ *et al*, 2006). No mundo são acometidas cerca de 300 milhões de pessoas e no Brasil a estimativa é de 20 milhões (SBPT, 2012).

Um dos aspectos mais preocupantes na doença é a necessidade de hospitalização decorrente de uma crise grave. A crise grave, além de por em risco a vida do paciente, contribui para sobrecarregar o sistema de saúde. Segundo o DATASUS, em 2011 foram registradas 160 mil hospitalizações por asma, sendo a quarta maior causa de internações no Brasil (2,3% do total). A maior parte das hospitalizações pode ser evitada com o controle da asma. Assim, uma das medidas atuais em relação à doença almeja diminuir essas taxas, controlando a doença com um tratamento adequado (GINA, 2014).

Além dos custos hospitalares, o tratamento medicamentoso é oneroso, sendo maior entre as pessoas asmáticas graves que utilizam corticóides. Segundo a SBPT, os gastos com a asma podem consumir até 25% da renda familiar das pessoas mais pobres (SBPT, 2012).

5.4 Diagnóstico da asma

O diagnóstico da asma é pensado quando há presença de um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse seca, sibilos, dor torácica em aperto, principalmente à noite e pela manhã. A variabilidade de sintomas e o desencadeamento por irritantes inespecíficos (odores, exercícios, fumaça) ou aeroalérgenos (ácaros e fungos), fortalecem o diagnóstico clínico.

Sempre que possível, o diagnóstico da asma deve ser confirmado por uma prova de função pulmonar. Entretanto, estes exames podem apresentar limitações variáveis. Geralmente, os testes diagnósticos são realizados em pacientes acima de cinco anos de idade devido à necessidade de colaboração por parte destes para sua execução. Assim, o diagnóstico em menores de cinco anos é feito a partir do exame clínico e história pregressa (SBPT, 2012; GINA, 2014).

Os exames complementares recomendados para o diagnóstico funcional da asma são a espirometria, medidas seriadas do fluxo expiratório e a verificação da hiper-responsividade das vias aéreas. A espirometria faz um estudo da função pulmonar após expiração forçada e avalia os valores do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF 1) e a Capacidade Vital Forçada (CVF). Para definição diagnóstica, considera-se menos que 0,7 do

previsto para adultos e menos que 0,9 do previsto para crianças, como indicativo de asma. Isto é, na ausência de outras doenças obstrutivas. Por sua maior acurácia, este método é mais utilizado, sendo útil, também para registrar a gravidade da doença e monitor a terapêutica (BRASIL, 2010; SBPT, 2012).

O Pico de Fluxo Expiratório (PFE) ou peak flow utiliza um medidor que expressa os valores em litros por minuto. Este dispositivo pode ser utilizado para fins de diagnóstico, controle do tratamento e verificação da obstrução ao fluxo de ar. Por seu manejo simplificado, pode ser utilizado na unidade básica, por um profissional treinado.

Figura 2 - Dispositivo de pico de fluxo expiratório.



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=espaçadores+ASMA&espv>

A verificação da hiper-responsividade das vias aéreas consiste na inalação de substâncias broncoconstritoras (histamina, carbacol, metacolina). Por ser um teste com alta sensibilidade e valor preditivo negativo, os teste químicos são utilizados em condições especiais, quando as tentativas anteriores não foram suficientes para definir um diagnóstico (SBPT, 2012).

Vale ressaltar que além do diagnóstico clínico e/ou funcional, é importante considerar a avaliação dos possíveis fatores desencadeantes da asma, tais como alérgenos domiciliares (ácaros, fungos, cães, gatos, baratas, etc), mudanças climáticas, tabagismo passivo, poluição ambiental, estresse emocional, alguns fármacos, exercício físico e outros (JENTZSCH, 2006).

Os alérgenos mais prevalentes em nosso meio são ácaros e baratas, principalmente no domicílio (ARRUDA, 2005). Nesse sentido, há inúmeros estudos científicos que evidenciam que o controle ambiental é preditor de melhor controle das crises de asma, dos sintomas de hiperreatividade brônquica e mesmo em prevenir crises em bebês com alto risco (ARRUDA, 2005; BRASIL, 2010; SBPT, 2012).

5.5 Classificação da Asma

A classificação da asma é importante para definir a condução terapêutica adequada. Quanto à gravidade, a asma pode ser classificada em intermitente e persistente. A asma persistente recebe outra subclassificação em leve, moderada ou grave.

Quadro 2 - Classificação da gravidade da asma

Classificação	Sintomas		β2 curta duração para alívio	PFE ou VEF 1 (% previsto)	Variação PFE ou VEF (% previsto)
	Dia	Noite			
Intermitente	< 1x/semana. Atividades normais. Exacerbações breves.	< 2x/mês	≤ 1x/semana	≥ 80%	< 20%
Persistente leve	> 1x/semana, mas não todo dia. Crises podem afetar atividades e sono	> 2x/mês e < que 1x/semana	≤ 2x/seman	≥ 80%	< 20% a 30%
Persistente moderada	Diários. Crises podem afetar as atividades.	>1x/semana	Diariamente	60-80%	>30%
Persistente grave	Contínuos, diários. Crises frequentes. Atividades limitadas	Frequentes	Diariamente	≤ 60%	>30%

Fonte: BRASIL, 2010.

5.6 A abordagem terapêutica da asma

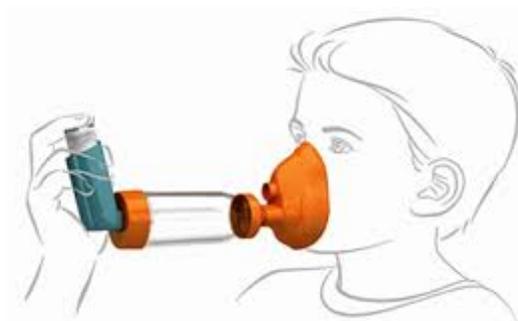
A abordagem da pessoa asmática possuiu duas dimensões: a farmacológica e a educativa. Os objetivos terapêuticos a serem perseguidos são: controlar os sintomas; prevenir a limitação crônica ao fluxo aéreo; permitir atividades normais (trabalho, escola e lazer);

evitar crises, idas a serviços de emergências e hospitalizações; minimizar efeitos adversos dos medicamentos; melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de morte (BRASIL, 2010).

A abordagem farmacológica deve ser instituída de acordo com a classificação de gravidade e dirigida para as crises e para a manutenção. Nas crises, as medicações de resgate (os β 2-agonistas - salbutamol), atuam reduzindo a sintomatologia, diminuindo o broncoespasmo e melhorando a capacidade pulmonar e o fluxo aéreo. Na manutenção os corticóides inalatórios (CI) em baixa, moderada ou altas doses são indicados de acordo com a gravidade da asma. Esses medicamentos visam reduzir a frequência das exacerbações e a inflamação crônica das vias aéreas inferiores, inibindo o remodelamento das vias aéreas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2012; SBPT, 2012; GINA, 2014). Na asma persistente pode haver indicação de corticóide oral por um período variável de 5 a 10 dias nas exacerbações e na asma moderada e grave, pode ser necessário o uso de β 2- agonista de longa duração (BRASIL, 2010).

Os medicamentos inalatórios são a primeira linha de escolha para o tratamento da asma. Com o objetivo de otimizar o tratamento, reduzir os efeitos colaterais e a absorção sistêmica desnecessária, o uso de espaçadores acoplados aos aerossóis dosimetrados é recomendado. A figura 3 ilustra o espaçador valvulado acoplado ao aerossól dosimetrado posicionados da forma correta para a administração da medicação inalatória.

Figura 3 – Espaçador valvulado acoplado ao aerossól dosimetrado.



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=espa%C3%A7adores+ASMA>

A educação é a segunda dimensão do tratamento da asma, não menos importante que a terapêutica farmacológica, elas se completam para a busca dos objetivos expressos. A educação em asma prevê tanto o controle ambiental, como a observação dos sintomas, início

do tratamento e quando procurar assistência médica, ou seja, o autocuidado e a autonomia da pessoa devem ser estimulados e mantidos (BRASIL, 2010). Para isso, é necessário equipes interdisciplinares bem preparados para a abordagem integral da pessoa, da família e outros atores sociais envolvidos com a prevenção da doença ou com o processo de reabilitação.

Em um trabalho pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 2007, tentou-se determinar programas brasileiros com experiência no manejo da asma por meio de questionário enviado por correio (NETO; FILHO; BUENO, 2008). Todos os serviços participantes eram mantidos por financiamento público, o que mostra a importância da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Observou-se que poucos dos programas analisados apresentavam atividades educativas em asma. Além disso, demonstrou-se o papel fundamental dos profissionais da enfermagem, que tinham maior contingente de profissionais do que os médicos generalistas.

Já Brasil (2010) sugere que a educação em asma deve se dar de forma permanente valorizando as boas práticas de comunicação profissional, onde predominam o diálogo interativo, a postura acolhedora e atenciosa, finalizando na elaboração de um plano de cuidados individualizado e participativo.

Desse modo, no Protocolo do Programa Criança que Chia, a Prefeitura de Belo Horizonte define por categoria, as atribuições de todos os profissionais da APS e nas atribuições comuns a todos e cita:

Reconhecer toda criança e adolescente (0 a 19 anos) que tenham suspeita ou confirmação diagnóstica de asma, seja através de internações ou atendimentos nas unidades de urgência e emergência. Orientar a mãe ou responsável sobre a asma. Estimular o autocuidado e a participação ativa da criança. Orientar medidas de controle dos fatores desencadeantes. Realizar grupos operativos de autocuidado (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2012. pg. 9).

Corroborando com esses autores, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2012, pg. 9 - 23) sugere, para melhor manejo da asma, as seguintes ações:

- 1 Parceria médico-paciente de forma a capacitar e educar tanto o paciente asmático a gerir o próprio cuidado quanto à população em geral, as instituições, os profissionais de saúde e familiares e cuidadores.
- 2 Identificação e controle dos fatores de risco a fim de reduzir crises de exacerbações.
- 3 Avaliações periódicas, tratamento adequado e individualizado ao paciente e ao momento da doença e manutenção do controle com o uso de medicações

profiláticas, de resgate da crise, controle ambiental e reavaliações do tratamento e da correta adesão.

- 4 Prevenção das crises de exacerbação e da aceleração da perda da função pulmonar, além de tentar reduzir os efeitos colaterais advindos do tratamento.
- 5 Atentar para situações especiais associadas à asma ou que podem se associar como a rinite alérgica, rinossinusite, doença do refluxo gastroesofágico, pólipos nasais, exposição ocupacional, gestação e lactação, entre outros.

Em suma, a revisão literária inclui uma série de recomendações que devem ser discutidas nos processos de educação em asma, sejam eles individuais ou em grupo: explicações gerais sobre a asma e as medidas de prevenção de crise; uso correto dos medicamentos inalatórios e do espaçador; limpeza e conservação do espaçador; reconhecimento de fatores desencadeantes e a suspensão do contato sempre que possível; cuidados nutricionais, higiênicos; suspensão do tabagismo ativo e passivo; atualização vacinal.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico situacional levantou diversos problemas, sendo priorizados de acordo com a importância, urgência e a capacidade de intervenção da equipe. Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa), urgência (pontos de 0 a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção é feita a partir da análise das três variáveis classificadas.

Quadro 3 - Problemas identificados no diagnóstico da ESF JK, Bom Despacho/MG, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Crianças asmáticas sem acompanhamento adequado	Alta	10	Dentro	1
Baixa adesão à puericultura	Alta	8	Parcial	2
Agenda de atendimento conflituosa para a demanda espontânea	Alta	8	Parcial	3
Baixa adesão dos usuários aos grupos educativos	Alta	8	Parcial	4
Processo de trabalho desorganizado	Média	8	Parcial	5
Tabagismo ativo e passivo	Média	8	Parcial	6
Desmotivação da equipe	Média	8	Parcial	7
Pessoas com risco cardiovascular aumentado	Média	7	Parcial	8
Falhas na comunicação intersetorial	Média	6	Parcial	9
Prevalência de gravidez na adolescência	Média	5	Parcial	10

Fonte: Equipe de Estratégia Saúde da Família JK, Bom Despacho.

Quadro 3 - Problemas identificados no diagnóstico da ESF JK, Bom Despacho/MG, 2014.
Continuação

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Agenda conflituosa para atendimento aos doentes crônicos que necessitam de prescrição de medicamentos	Baixa	5	Dentro	11
Violência doméstica	Baixa	5	Fora	12
Grande número de pacientes em uso de medicamentos controlados	Baixa	4	Parcial	13
Pessoas com doenças relacionadas ao trabalho	Baixa	4	Parcial	14
Alcoolismo	Baixa	4	Fora	15
Pessoas em condições de trabalho impróprias e desumanas	Baixa	4	Parcial	16

Fonte: Equipe de Estratégia Saúde da Família JK, Bom Despacho.

As crianças asmáticas sem acompanhamento adequado da equipe, foi o problema selecionado. A escolha parte da observação cotidiana de que grande número de crianças pode estar sem o diagnóstico e a classificação da asma. Por este motivo, os pais e responsáveis também desconhecem a gravidade e a condição crônica da doença. O número real de crianças asmáticas é desconhecido pela equipe.

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando alterados causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Desse modo, diante de todas as causas possivelmente relacionadas ao problema priorizado (crianças asmáticas mal controladas), apresentam-se como nós críticos:

- A dificuldade de se estruturar um atendimento eficaz na agenda dos profissionais de saúde e, assim, um controle continuado para os pacientes diagnosticados com asma ou, em princípio, como criança que chia;
- A não existência de relatórios de controle da doença na área adscrita;
- Baixa adesão à puericultura e ao acompanhamento a longo prazo dos asmáticos, tanto a partir dos pais que têm certa resistência ou não têm informação adequada sobre prevenção e cuidado com a doença; seja por parte da UBS e dos seus profissionais,

que têm baixa capacitação teórica no assunto, não realizam a programação de atividades para informar os pais e pacientes e não fazem a busca ativa (principalmente pela falta de relatórios populacionais na área).

O plano de intervenção apresentado a seguir, prevê a participação de todos os integrantes da equipe e terá como principais focos a busca ativa de crianças asmáticas e a educação em asma. Durante todo processo de execução do plano de intervenção, as etapas serão avaliadas pelos atores responsáveis e reestruturadas se necessário.

Quadro 4 - Plano de intervenção para crianças asmáticas da ESF JK, Bom Despacho/MG, 2014.

Etapas do plano de intervenção	Operações a serem realizadas	Atores	Material necessário	Prazo para execução
A .Capacitação	Treinamento da equipe de enfermagem e ACS para a captação e acompanhamento das crianças asmáticas.	Médico Fisioterapeuta	Material informativo	60 dias
B. Busca ativa	Visitas domiciliares para busca ativa de crianças que cham	ACS Médico	Prontuário do paciente	Início imediato e permanente
C. Reavaliação e diagnóstico	Consultas médicas Solicitação de exames complementares (se necessário)	Médico Enfermeiro	Prontuário do paciente	30 dias

D. Medidas educativas	Implementação de grupos educativos de apoio à criança e aos pais/responsáveis.	Médico Enfermeiro Fisioterapeuta ACS Técnicos de enfermagem	Materiais didáticos, informativos, panfletos, cartilhas, cartazes.	90 dias
E. Divulgação do projeto	Apresentação do projeto de TCC junto ao PEP para confecção de protocolo comum e constituição de programa único de manejo da criança que chia na cidade de Bom Despacho.	Médico	Projeto de TCC	90 dias

Fonte: Equipe de Estratégia Saúde da Família JK, Bom Despacho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A asma é uma condição crônica das vias aéreas que geralmente tem início na infância ou adolescência. Caracterizada por sintomas respiratórios variados (tosse, dispnéia, desconforto torácico, sibilos), as crises podem ser procedidas por múltiplos fatores alérgenos. O tratamento da asma consiste em abordagem medicamentosa e educativa. O principal objetivo do tratamento da asma é evitar o desencadeamento da crise, assim, a proposta terapêutica é dirigida para a prevenção e a manutenção. O autocuidado e a autonomia devem ser continuamente estimulados pelos profissionais assistentes.

A atenção primária, por seu papel de porta de entrada preferencial ao serviço de saúde e pela responsabilidade sanitária, deve estabelecer prioridades de acordo com a realidade epidemiológica do território. Um grande desafio para os profissionais da estratégia saúde da família é conhecer as condições e as necessidades de saúde da população adscrita. Somente após este passo é possível obter resultados positivos para uma ação proposta.

Esse trabalho de conclusão de curso propõe um plano de intervenção baseado num problema real, observado no cotidiano de trabalho onde toda equipe participou do diagnóstico da situação. No entanto, com a execução desse plano, os dados epidemiológicos da população serão conhecidos pela equipe.

Pretende-se ao final deste curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família implementar as ações propostas e avaliar posteriormente os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, L. K.. Controle ambiental na asma: recomendar ou não recomendar, eis a questão! J. Bras. Pneumol. [s.l.] v.31, n.1, jan/fev 2005. Disponível em <www.scielo.br/jbpneu> . Acesso em: 27 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em : <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/CAMPOS,%20FRANCISCO%20CARLOS%20CARDO>> Acesso em: 23 Nov. 2014

CORGOSINHO, R. C. Estudo Socioeconomico de Bom Despacho - MG. Prefeitura Municipal de Bom Despacho, 2013. Disponível em: <<http://www.bomdespacho.mg.gov.br/wp-content/uploads/2013/12/Perfil-de-Bom-Despacho1.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Cadernos de Informação de Saúde. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG_Bom_Despacho_Geral.xls>. Acesso em: 31 maio 2014.

GINA - Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2014. Disponível em: <www.ginasthma.org>. Acesso em: 15 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações Completas de Bom Despacho. CENSO 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/4E0>>. Acesso em: 31 Maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE Cidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/4E1>> Acesso em: 25 Nov. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) CENSO 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

JENTZSCH, N. S.; CAMARGOS, P. A. M.; MELO, E. M. D. Adesão às medidas de controle

ambiental em lares de crianças e adolescentes asmáticos. J. Bras. Pneumol. Belo Horizonte. 2006; v. 32 n. 3; p. 189-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000300003>. Acesso em: 27 Nov. 2014

MELO, R. M. B. D.; LIMA, L. S. D.; SARINHO, E. S. C. Associação entre controle domiciliar e exacerbação da asma em crianças e adolescentes do município de Camaragibe, Pernambuco. J. Bras. Pneumol. São Paulo. vol.31, no.1, p. 5-12. Jan./Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000100003>. Acesso em: 06 Dez 2014

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 512 p.

NETO, A. C.; FILHO, O. F. F.; BUENO, T. Exemplos brasileiros de programas de controle de asma. J. Bras. Pneumol. Londrina, 2008; v. 34, n. 2, p.103-106. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n2/v34n2a07.pdf>>. Acesso em 23 nov. 2014.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Protocolo Programa Criança que Chia. 2012. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=25601&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>. Acesso em: 06 Dez. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO. Prefeitura Municipal de Bom Despacho, 2014. Disponível em: <<http://www.bomdespacho.mg.gov.br/>>. Acesso em: 25 Nov. 2014.

SILVA, M.G.C.; LUNA, M.F.G.; ALMEIDA, P.C.; Prevalência de asma em adolescentes na cidade de Fortaleza, CE. J. Bras. Pneumol. 2009; v. 35, n.11, p. 1160 – 1169. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a02.pdf>>. Acesso em: 23 nov.2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma. J. Bras. Pneumol. v.38, Suplemento 1, p.S1-S46. Abril 2012. Disponível em: <<http://sbpt.org.br/>>. Acesso em: 23 Nov. 2014.

SOLÉ, D; WANDALSEN, G.F.; CARMELO-NUNES, I.C; NASPITZ, C.K. ISAAC – Grupo Brasileiro. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Phase 3. J Pediatr. Rio de Janeiro. 2006; v. 82, p. 341-6. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000600006>.
Acesso em: 21 dez.2014.

WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Asma>>.
Acesso em: 23 Dez. 2014.