

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HERLING HERNANDEZ STERLING

**INTERVENÇÃO SOBRE A ALTA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSE MARIA
DE SOUZA SANTOS DO MUNICÍPIO DE BRASILEIA/ACRE**

RIO BRANCO/ACRE

2019

HERLING HERNANDEZ STERLING

**INTERVENÇÃO SOBRE A ALTA INCIDENCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSE MARIA
DE SOUZA SANTOS DO MUNICÍPIO DE BRASILEIA/ACRE**

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

Orientadora: Profa. Ms. Virgiane Barbosa de Lima

BRANCO/ACRE

2019

HERLING HERNANDEZ STERLING

**INTERVENÇÃO SOBRE A ALTA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSE MARIA
DE SOUZA SANTOS DO MUNICÍPIO DE BRASILEIA/ACRE**

Banca examinadora

Profa. Ms. Virgiane Barbosa de Lima - Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de outubro de 2019.

DEDICATÓRIA

A minha filha, luz de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha esposa por seu apoio incondicional.

Quando a terra está doente e contaminada, a saúde humana é impossível. Para nos curar, devemos curar nosso planeta, e para curar nosso planeta, devemos nos curar.

Bobby McLeod, 2014.

RESUMO

As doenças respiratórias têm uma variedade de classificações, tanto na sua fisiopatologia e sua etiologia ou apresentação clínica. Por isso existe grande dificuldade de tentar reduzir sua alta incidência na área de abrangência que serve a nossa Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza Santos. Este trabalho objetivou propor um plano de intervenção para reduzir a alta incidência de doenças respiratórias, na Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza, no município de Brasiléia, Acre. A alta incidência de doenças respiratórias tem sido importantes geradores de internações hospitalares e, em alguns casos particulares, têm produzido até a morte, garantindo uma posição fatídica após neoplasias e doenças coronarianas. Este trabalho foi organizado com base no diagnóstico de saúde, utilizando o método de Estimativa Rápida e em pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados da SciELO, LILACS, MEDLINE e Google Acadêmico, com os descritores: doenças respiratórias, promoção em saúde e Atenção primária à saúde. Também foram levantados dados na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Com a implementação das ações propostas neste plano busca-se modificar estilos de vida, enriquecer o conhecimento da população sobre fatores como poluição e tabagismo e, ao mesmo tempo, corresponsabilização dos cidadãos. Assim, a proposta visa reduzir a incidência de doenças respiratórias e com isso, melhorar a saúde da população e sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Doenças respiratórias. Promoção em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Respiratory diseases have a variety of classifications, both their pathophysiology and their etiology or clinical presentation. Therefore, it is very difficult to try to reduce its high incidence in the coverage area that serves our UBS José Maria de Souza Santos. This work consists of an intervention plan that addresses the different identified causes that are generating the problem. The high incidence of respiratory diseases has been a major cause of hospitalization and, in some particular cases, has produced to death, ensuring a fateful position after neoplasms and coronary diseases. This work is based on the health diagnosis previously prepared and using the Rapid Estimation method. With what was determined in the health team that, although there are other problems this was more relevant. More specifically, this action plan seeks to modify lifestyles, enrich the population's knowledge of factors such as pollution and smoking, and, at the same time, make citizens more accountable. Thus, the proposal aims to reduce the incidence of respiratory diseases and thereby improve the population's health and quality of life.

Keywords: Respiratory diseases. Health Promotion. Primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde da família José Maria de Souza Santos em Brasiléia, Acre.....	18
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza, no município de Brasiléia, Acre.....	32
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência da UBS José Maria de Souza Santos do município de Brasiléia, estado de Acre.....	33
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” ao problema “Alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência na UBS Jose Maria de Souza Santos do município de Brasiléia, estado Acre.....	34
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” ao problema “Alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência na UBS Jose Maria de Souza Santos do município de Brasiléia, estado Acre.....	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Breve síntese sobre o município de Brasília.....	11
1.2 O Sistema Municipal de Saúde do município.....	12
1.3 A Unidade Básica Saúde da família.....	14
1.4 O trabalho da equipe de Saúde da Família.....	15
1.5 O funcionamento da eSF da Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza Santos	16
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde vivenciados no território e comunidade (primeiro passo).....	14
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde vivenciados no território e comunidade (primeiro passo).....	17
1.8 Priorizações dos problemas identificados no diagnóstico situacional do território da unidade de saúde da família (segundo passo).....	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVO	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	30
6.2 Explicação do problema.....	31
6.3 Seleção dos nós críticos.....	32
6.4 Desenho das operações.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve síntese sobre o município de Brasiléia

O município de Brasiléia localiza-se no sul do estado do Acre, sendo que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima-se que a população, para o ano de 2019, seja de 26.278 habitantes (IBGE, 2017).

Brasiléia fica a 237 Km da capital Rio Branco e faz fronteira com Cobija capital do departamento de Pando, Bolívia e de outro lado também estão os municípios de Assis Brasil, Sena Madureira, Xapuri e Epitaciolândia (IBGE, 2017).

Historicamente, Brasiléia foi fundada em terras de índios Catianas e Maitenecas, no Seringal Carmem e criada por pessoas da classe dominante do Acre que eram seringalistas e outras autoridades ligadas à exportação de borracha para Belém e Manaus. Já tendo sido chamado de Brasília, o município de Brasiléia foi assentado à margem esquerda do Rio Acre, de frente à cidade boliviana de Cobija, onde se deu o início da exploração do território em 03 de julho de 1910. Com o passar do tempo e leis sendo construídas e executadas, a divisão territorial ocorreu no mês de julho de 1960, onde o município passa a constituir o distrito sede e assim continuou até sua divisão territorial no ano de 2007 (IBGE, 2017).

Pelo fato de estar localizada às margens do rio Acre, Brasiléia foi alagada nos anos de 2012 e 2015. O município está susceptível a sofrer esse tipo de catástrofe natural, pois, seu clima é equatorial caracterizado por chuvas abundantes e frequentes durante grande parte do ano.

Em relação à economia, quando perguntado a informantes chaves, ou seja, pessoas que vivem em Brasiléia, os mesmos declararam que a economia vem sofrendo perdas pela falta fundamentalmente de fiscalização. Por outro lado, os brasileenses têm como fonte trabalho e renda a agropecuária e pequenas empresas como Acreave, Dom Porquito, que são as fundamentais fontes de emprego nesta cidade.

As atividades culturais são relativamente escassas, mas duas vezes ao ano a população celebra o carnaval, não existem teatros, cinemas ou outros recursos. Na cidade, existem igrejas de diferentes religiões. Já em relação ao saneamento básico, cerca de 30% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, e 70% dos moradores de domicílios urbanos contam com vias públicas arborizadas e vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

Quanto aos serviços de saúde, em Brasiléia existem nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde funcionam equipes de Saúde da Família(eSF), sendo que duas delas se encontram localizadas na zona rural. Além disso, o município disponibiliza o Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF) ; o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); a Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), que estando localizada na capital do Estado, atende os usuários encaminhados para serem avaliados por especialistas e o Hospital de referência Raimundo Chaar, que presta serviços de urgência e emergência, embora no momento se encontre com recursos escassos.

A UBS José Maria de Souza Santos encontra-se localizada do Centro da cidade de Brasiléia e presta serviços para 1283 usuários agrupados aproximadamente em 511 famílias que até o momento se encontram cadastradas na Unidade. Nos últimos anos, e de acordo com pessoas que vivem há tempos na comunidade, os moradores da cidade e que vivem na área de abrangência, vem se deslocando para áreas mais altas de Brasiléia. Esta migração para outras áreas objetiva fugir de locais totalmente expostos ao perigo de inundações, pois as residências foram construídas próximas do rio. Mesmo assim, parte importante da cidade continuou exposta aos riscos, e entre elas está a Prefeitura, os importantes centros religiosos, a praça principal, a agencia de correios, a delegacia da polícia civil, o Centro Estadual de Educação Permanente o (CEDUPE), a Secretaria de Saúde, etc. Esta parte da cidade conta com boa estrutura de suas ruas e praças, o que não ocorre nos bairros vizinhos, Raymundo Chaar e Eldorado. Este último, encontra-se com ruas em situações e uma quantidade significativa de pessoas em situações vivendo em situações precárias característico da pobreza de seus moradores, quando comparados com os demais bairros, no bairro, observou-se maior delinquência e abuso de drogas.

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde do município de Brasiléia enfrenta fatores que prejudicam o bom funcionamento do mesmo, principalmente em relação às redes de atenção e mais especificamente nos níveis de atenção secundária, pois a demora em se conseguir avaliação com especialistas, muitas vezes, é justificada pela falta de vaga.

Por outro lado, em relação aos cuidados primários, a equipe de saúde da família(eSF) é o primeiro elo, funcionando com baixa densidade tecnológica, mas capaz de detectar problemas relacionados ao conceito de doença, além de outros de outra natureza como, econômicos, sociais e até ambientais que determinam a saúde de uma pessoa, família ou comunidade.

Pode-se dizer assim, que em Brasília, a eSF vem sendo uma a proposta vencedora com modelo de saúde baseado nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS).

Para prestar o cuidado em saúde, em Brasília das nove UBS, sete estão distribuídas na área urbana do município e duas na área rural. Para complementar os serviços de saúde, está disponível uma farmácia popular, um Centro de Idosos, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), um Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Vigilância Epidemiológica. Este último é responsável pela informação em saúde, além de alimentar informações reunidas nas consultas estando sempre relacionada com cada UBS e com a secretaria de saúde facilitando o trabalho de ambas partes.

No município, também existe um hospital antigo e relativamente pequeno, funcionando com equipe fragmentada e necessitando de reparos. Atende a população que é encaminhada pelas eSF. O hospital é composto de três alas, onde são prestados serviços de Pediatria Clínica e Ginecologia, uma sala de parto, uma sala de cirurgia, um laboratório de análises clínicas, um raio-x e um serviço de eletrocardiografia, usado para emergências. Assim, os usuários que não encontram o devido atendimento em Brasília, são referenciados para os municípios vizinhos que são: Eptaciolândia, Assis Brasil e Xapuri.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atende os municípios de Eptaciolândia, Assis Brasil e Xapuri, sendo a opção viável para o encaminhamento de pacientes durante emergências para a distante capital de Rio Branco. O serviço prestado pelo laboratório de análises clínicas para prestar apoio diagnóstico atende pedidos do hospital e a demanda de exames indicados da atenção primária. Em decorrência da grande demanda e da equipe fragmentada, são comuns apenas os testes de rotina, como hematologia ou bioquímica podem ser realizados. Quando se trata de exames de maior complexidade, mais invasivos ou especificidade mais complexas, os usuários utilizam os serviços da FUNDHACRE. Esta fundação pertence à rede de saúde, complementando os serviços propostos pelo SUS, ofertando ainda consultas especializadas, tratamentos que não são atendidos pelo município, seja porque o serviço não existe na Brasília ou porque a pessoa carece de recursos econômicos suficientes para obtê-lo no setor privado.

Assim, a FUNDHACRE enfrenta grande demanda por estar habilitada para atender todos os municípios do estado gerando extensa fila de espera, às vezes até meses, apenas para uma consulta. Além disso, a distância é um fator dificultador pois traduz o desconforto de movimentar uma pessoa doente, idosos, mulheres grávidas ou uma pessoa descompensada durante 6 horas em um veículo cedido pela secretaria de saúde a serviço destes usuários, somando ao fato de que, muitas vezes, o veículo não está adaptado para o transporte ideal que esse tipo de paciente exige.

Outro serviço que complementa o cuidado prestado em Brasília é a rede CEGONHA, encarregada do monitoramento, das taxas de natalidade e mortalidade infantil e materna do município. Outro serviço disponível é o TELESAUDE, que é um serviço prestado pela rede para médicos e profissionais de saúde onde são ministradas palestras, dúvidas são esclarecidas e interconsultas são agendadas on-line, o que diminui exponencialmente a grande demanda por especialistas no município. Este recurso, embora tenha sido implementado há cerca de 01 ano, vem mostrando uma boa opção e gerando bons resultados.

Outra situação que reduz a boa prestação dos serviços em saúde é que apesar da farmácia dispensar medicamentos para a população de forma totalmente gratuita para as nove equipes de saúde, ela não consegue garantir fornecimento adequado de medicamentos. Além dos medicamentos controlados, medicamentos para doenças complexas como anti-parkinsonianos ou em alta demanda, como analgésicos são os que mais faltam na farmácia do município.

O Ministério da Saúde é o responsável pela emissão de recursos da saúde em Brasília, ficando a Secretaria da Saúde do município responsável pela coordenação, monitoramento e fiscalização dos serviços de saúde. O Fundo Municipal é organizado e mantém a assistência farmacêutica; atenção básica; média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e vigilância em saúde. Já os estados devem aplicar 12% e os municípios no mínimo 15% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais, respectivamente (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016).

1.3 A Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza Santos

A unidade básica de saúde de José Maria de Souza Santos funcionava na Avenida Geny Assis, nº 501, Barrio Centro, mas foi afetada pela inundação ocorrida no ano de 2015. A Secretaria de Saúde e a prefeitura do município reuniram esforços para reformas e reiniciar o

trabalho no local, mas até o momento, sem sucesso. Assim, a eSF da Unidade Básica José Maria de Souza Santos vem exercendo suas atividades na UBS Tufic Misael, localizada na rua José José Kairala, nº 2. Compartilha um espaço que já era escasso. A equipe José Maria de Souza Santos é acolhida com gentileza, solidariedade e cordialidade. A ausência de espaços essenciais como sala de reuniões, sala de espera, consultórios amplos com iluminação adequada dificulta o trabalho, desgasta os profissionais e gera desconforto para os usuários. A população adscrita à eSF José Maria soma 1283 usuários, agrupadas em 511 famílias, dispostas em quatro micro áreas, porém, os profissionais da equipe consideram que sua população não está totalmente registrada. Apesar dos esforços, a equipe se encontra fragmentada e pela falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), resultou em uma das micro áreas descoberta.

A eSF José Maria de Souza Santos é composta por um coordenador, que também trabalha como enfermeiro na unidade, um auxiliar de enfermagem, uma recepcionista, um cirurgião dentista, um técnico em odontologia, três ACS e um médico.

A estrutura da UBS é organizada principalmente em locais improvisados, pois, a eSF José Maria compartilha o espaço com a equipe da UBS Tufic Misael. Assim, as áreas de vacinação, cura, recepção e arquivamento, corredores, local de equipamentos médicos, e logicamente a consulta são organizados em instalações totalmente adaptadas. No local não há serviço telefônico fixo, sem internet, apenas com um computador que se encontra desatualizado, sendo utilizado apenas para digitar informações e alimentar o banco de dados do SUS. Outro problema enfrentado pelos profissionais e usuários, é que a equipe está localizada fora da sua área de abrangência, onde a população fica à uma distância significativa tomando tempo da equipe para visitas domiciliares, ou mesmo para pessoas com dificuldades de acesso percorrerem para ter acesso à atenção. O resultado desta situação é que em muitos dos casos, os usuários não comparecem às consultas planejadas. No entanto, está claro que a disposição da equipe para trabalhar prevalece e os serviços para os quais as unidades básicas de saúde foram implementadas estão sendo feitos à medida que os profissionais conseguem.

1.4 O trabalho da equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza Santos

A equipe de saúde da UBS José Maria de Souza Santos é composta por oito profissionais sendo que a equipe encontra-se fragmentada pela falta de ACS. Esta equipe cultiva laços de amizade e solidariedade na condução do processo de trabalho, que não é hierárquico, mas que

permite e determina a participação de todos os profissionais, permite agilidade na tomada de decisões ou estratégias. A forma que a equipe vem trabalhando, garante o cumprimento das diretrizes do SUS no que depende de seu trabalho, oferecendo um serviço adequado às necessidades da população que é carente e exigente.

1.5 O funcionamento da eSF da Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza Santos

A unidade de saúde funciona das 7:00 às 17 horas com horário intermediário para o almoço de 12 às 14 horas. No período da manhã a equipe realiza consultas médicas, odontológicas, vacinação. Já no período da tarde, são realizadas visitas domiciliares, trabalho com grupos, reuniões da equipe entre outras. Na área de abrangência da população sob responsabilidade da equipe José Maria predomina o adulto jovem até a quarta ou quinta idade, ou seja, entre 20 e 50 anos, e foi observado que entre estes usuários a alta incidência de tabagismo, etilismo crônico, usuários de droga e doenças sexualmente transmissíveis, doenças respiratórias, hipertensão, etc. demandando ações preventivas que até o momento vem tendo baixa adesão. O grau de escolaridade da maioria é médio, embora existam casos de analfabetismo isolados e especialmente entre os idosos.

O desemprego entre os usuários existe em pequena dimensão, embora os salários sejam geralmente baixos, o que faz com que a maioria da população tenha pouca atividade econômica. Existem pessoas em condição de rua afetando a vida da população, pois especificamente nos bairros da periferia, as ruas se encontram sem manutenção adequada, carentes de limpeza, obrigando as pessoas a conviverem com a poeira, afetando as vias aéreas da maioria das pessoas, o que determina uma alta incidência de doenças respiratórias. Outro fato é a localização desta área, que está próxima ao rio Acre, o que a torna a população vulnerável a enchentes nos meses chuvosos. Na região, e no ano de 2015, o alagamento resultou ainda em grandes perdas de recursos materiais, mas não houve perda de vidas. Outro determinante ambiental é a fumaça, produto da queima da floresta e das pastagens, que também tem um sério impacto na saúde das pessoas.

1.6 O dia a dia da eSF da Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza Santos

A equipe inicia seus trabalhos as 7:00 da manhã, fazendo a recepção dos pacientes pela recepcionista, apoiada pela técnica de enfermagem e pelo enfermeiro. Estes dois últimos são responsáveis por executar uma triagem, para garantir que o paciente entre em consulta com alguns dados anteriormente registados na história médica em formulários físicos como a idade, peso, temperatura corporal, pressão arterial, frequência respiratória e frequência

cardíaca que garantem a fluidez da consulta médica. Além disso, no momento da triagem também são feitas a classificação dos pacientes e os mesmos são enviados para os diferentes serviços prestados na unidade. Os serviços relacionados são: vacinação, curativo, serviços dentários, a exame colpo citológicos, teste de HIV, hepatite e sífilis, ou simplesmente dirigidos para consulta médica, valorizando o tipo de consulta que o paciente irá receber e sua condição ou prioridade: pré-natal, puericultura, hebicultura e senicultura.

Durante a tarde, o médico da equipe tem como atividade fundamental as visitas domiciliares que foram agendadas. O cirurgião dentista trabalha no período da tarde, pois a unidade consiste apenas de uma cadeira odontológica para que as consultas sejam compartilhadas, exceto nas manhãs de sexta-feira, que tem consultas agendadas, para atender casos especiais.

O trabalho da equipe é colaborativo com os demais elementos que compõem a rede de saúde. A equipe conta com apoio dos profissionais do NASF, participando também dos grupos operativos que funcionam na unidade que são: diabetes, hipertensão, obesidade, tabagismo, além de trabalhar com idosos. Por outro lado, a equipe realiza as visitas domiciliares apenas a pacientes com algum tipo de condição física, como acamados ou visitas agendadas previamente. A equipe também conta com o apoio do CAPS, que atende casos de sofrimento mental ou organiza consultas para pacientes com distúrbios psicológicos que precisam de cuidado especializado. O centro epidemiológico, recebe os dados que são coletados nos arquivos das equipes de saúde e ao mesmo tempo disponibiliza, seus bancos de dados, para que os profissionais organizem seus trabalhos. A secretaria de saúde coordena, organiza e supervisiona todas as atividades realizadas por cada elemento das equipes, além de ser a responsável pela gestão do financiamento das atividades relacionadas aos serviços de saúde. A equipe promove a saúde por meio de palestras na comunidade ou na escola, também são ofertadas palestras na sala de espera enquanto os usuários aguardam pela consulta. Os temas abordados são variados e ao mesmo tem específicos como: campanhas de vacinação, para falar sobre doenças como a diabetes, tabagismo ou obesidade, ou câncer de próstata ou mama. Envoltos nessa agenda estão as consultas de urgência ou em situação de demanda espontânea.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde vivenciados no território e comunidade (primeiro passo)

Os principais problemas e os mais comuns encontrados entre usuários sob responsabilidade dos profissionais da eSF da Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza Santos foram:

Elevada incidência de doenças respiratórias agudas.

Alto índice de doenças diarreicas agudas.

Doenças dermatológicas.

Trastornos del metabolismo de los lípidos.

Parasitose intestinal.

1.8 Priorizações dos problemas: a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)

O quadro 1, demonstra a classificação dos problemas vivenciados na área de abrangência considerando a importância, urgência e a capacidade de enfrentamento, identificados no diagnóstico situacional da eSF José Maria de Souza Santos em Brasília/AC

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde da família José Maria de Souza Santos em Brasília, Acre.

Problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização ****
Alta incidência de doenças respiratórias	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de doenças diarreicas agudas	Alta	6	Parcial	2
Doenças dermatológicas	Alta	4	Parcial	3
Transtorno de metabolismo dos lipídeos	Media	6	Parcial	5
Parasitose intestinal	Media	6	Parcial	4

Fonte: Autoria própria (2019)

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Num breve resumo, o parasitismo intestinal é uma doença bastante comum, não podendo ser subestimada e, embora a maioria dos parasitas não levar à morte, são capazes de produzir significativa redução da qualidade de vida da pessoa. A faixa etária mais afetada por essa patologia são as crianças, além de estar associado aos determinantes sociais da saúde, como baixo poder econômico, insalubridade, analfabetismo etc., necessitando, portanto, de se propor uma intervenção.

Assim como o parasitismo, as doenças diarreicas são outro problema comum na comunidade, e é determinado pela qualidade da água que não é potável para um setor da população, a qual não tem recursos financeiros suficientes para comprar. A falta de cultura, escolaridade, pobreza, falta de higiene pessoal e alimentar, além de higiene ambiental inadequada, agregada à inadequada gestão do descarte de resíduos sólidos e líquidos que permitem a contaminação da água e do solo, resultando em doença a qual é diagnosticada e tratada diariamente, independente do sexo ou idade.

As doenças dermatológicas são bastante comuns no território, principalmente as micoses, e dermatites de contato. Como o município é fundamentalmente agrícola, observa-se os trabalhadores com largas jornadas de trabalho resultando em horas de exposição solar sem proteção adequada. Além disso, o uso de produtos químicos como inseticidas ou fertilizantes, por vezes, geram doenças dermatológicas. Já os distúrbios lipídicos estão intimamente relacionados à pouca cultura alimentar, associada ao sedentarismo, ao alcoolismo e ao tabagismo, além da predisposição à dislipidemia.

Embora todos estes problemas despertem a necessidade de intervenção, fazendo a análise da governabilidade e da capacidade da equipe de enfrentar os problemas, ficou decidido que no momento a equipe não consegue enfrentar todos ao mesmo tempo. Assim, a atenção da equipe optou neste trabalho por propor uma intervenção sobre a alta incidência de doenças respiratórias, que foi priorizada pelo seu grande número de formas clínicas de etiologias, internações hospitalares que além de ser um grande problema de saúde pública reduz a qualidade de vida das pessoas.

2 JUSTIFICATIVA

A justificativa para a construção desta proposta de intervenção é a necessidade de atuar sobre os fatores que levam os usuários predispostos a adquirir doenças do aparelho respiratório e assim melhorar a qualidade de vida dos acometidos que estão adscritos à eSF José Maria de Souza Santos no município de Brasília/Acre.

Realizando o diagnóstico situacional, a equipe de saúde em várias reuniões, buscou nos relatos dos ACS, compilação de experiências e discussão de casos, elaborou a descrição da priorização do problema. Assim, verificou-se a frequência e incidência de doenças respiratórias entre crianças, jovens e idosos demandando consultas, medicações e muitas vezes acompanhamento hospitalar. Após a explicação do problema, foi elaborada uma proposta de intervenção, entendido como a forma de elaborar propostas objetivando enfrentar o problema.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um grande problema de saúde pública e representadas pelas doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus capaz de levar à morte prematura e perda de qualidade de vida, impactando inclusive na situação econômica das famílias. São doenças que se associam a deficiências e incapacidades funcionais, condições de vida, e desigualdades sociais, não resultando unicamente dos estilos de vida, mas que demandam abordagem sistemática para o tratamento e boa estratégia dos serviços de saúde (MALTA et al., 2015).

As doenças respiratórias são responsáveis por morbidades em crianças e adolescentes e são representadas pela bronquite aguda, rinite (alérgica) e sinusite (rinossinusite crônica), causadas por irritação brônquica de causas infecciosas e não infecciosas, como por exemplo poluição do ar, fumaça de cigarro e outros alérgenos. As consequências estão relacionadas ao agravamento do quadro resultando problemas graves como apneia do sono, asma e repetidas infecções respiratórias (SOUSA et al., 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção para reduzir a alta incidência de doenças respiratórias, na Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza, no município de Brasiléia, Acre.

3.2 Objetivos específicos

Propor modificações nos hábitos e estilos de vida, hábitos de higiene pessoal e ambiental.

Aumentar o nível de informação da população sobre as enfermidades respiratórias.

Difundir conhecimentos sobre higiene ambiental e cuidados do meio ambiente.

Fornecer conhecimentos sobre o impacto negativo do tabagismo na saúde dos fumantes e daqueles que rodeiam.

Aumentar o compromisso das autoridades com saneamento ambiental

4 METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção foi construída através da realização do diagnóstico situacional do território da UBS Saúde José Maria de Souza, no município de Brasiléia, Acre.

Para subsidiar a proposta, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizando os passos propostos para propor as ações de enfrentamento, desenvolvimento e avaliação pelos profissionais da equipe. Como auxiliar destas ações, a equipe conta com o apoio da equipe multidisciplinar e intersetorial envolvendo os usuários ou vulneráveis e seus familiares. Assim, através do PES a equipe priorizou o problema, evidenciou os nós críticos que estimulam o problema, permitindo a definição e explicação do problema e relacionando as propostas, responsabilizando os atores envolvidos e realizando avaliações e correção de rumos sempre que necessário (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Esta proposta foi construída utilizando artigos científicos e manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados nos bancos de dados como o Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), além do material didático do Curso de Especialização em Gestão do cuidado em Saúde da Família (CGECSF), encontrado na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais(Nescon/UFMG), tendo se utilizado os seguintes descritores:

Doenças respiratórias.

Promoção em saúde.

Atenção primária à saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças respiratórias

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na atualidade, resultam em um número significativo de óbitos no Brasil (SCHMIDT; DUNCAN, 2011), perda de qualidade de vida e alto grau de limitação e incapacidade (MALTA et al., 2014), sendo que para estes autores, entre as principais DCNT estão as doenças respiratórias, que dependem de políticas de enfrentamento e demandam ações de prevenção sobre os seus principais fatores de risco.

As doenças respiratórias são capazes de causar morbidades entre crianças e adolescentes no Brasil e no mundo. Estas doenças podem ser representadas pela bronquite aguda, rinite (alérgica) e sinusite (rinossinusite) (SOUSA et al., 2011). De acordo com Brasil (2010), as Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) acometem tanto as vias aéreas superiores, como as inferiores, sendo as morbidades mais comuns a asma, rinite alérgica e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). De acordo com Brasil, 2010, as

[...] Doenças respiratórias crônicas (DRC) são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores como das inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns. Representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente. Centenas de milhões de pessoas de todas as idades sofrem dessas doenças e de alergias respiratórias em todos os países do mundo e mais de 500 milhões delas vivem em países em desenvolvimento. As DRC estão aumentando em prevalência particularmente entre as crianças e os idosos. Afetam a qualidade de vida e podem provocar incapacidade nos indivíduos afetados, causando grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família, geram sofrimento humano (BRASIL, 2010, p. 8).

Um indivíduo adolescente ou adulto é considerado sintomático respiratório quando apresenta tosse, associada ou não a outra alteração respiratória durante algumas semanas (BRASIL, 2010). Como diferencial no diagnóstico, o mesmo Caderno de Atenção Básica,

[...]Recomenda-se a realização de baciloscopia direta do escarro para confirmar ou excluir tuberculose pulmonar nas pessoas que tosse por mais de três semanas, se não têm justificativa clara para o sintoma. Nas crianças, para as quais não há consenso sobre a definição de sintomático respiratório, a presença de tosse por três meses e/ou sibilância (uma semana/mês) e/ou com radiografia de tórax com alteração persistente é sugestiva de doença respiratória crônica (BRASIL, 2010, p. 11)

Assim, os sintomas mais pesquisados para a existência de alguma doença respiratória, estão baseados na tosse, expectoração, hemoptise, sibilância, dor torácica, taquipneia e dispneia. Já os sinais considerados são o baqueteamento e cianose (BRASIL, 2010).

Este trabalho não aborda a tuberculose, pois o diagnóstico e tratamento são realizados nas unidades básicas e com protocolo definido e atualizações periódicas. Porém, a tosse, é um sintoma que pode estar relacionada a diferentes doenças, e a que mais demanda a busca por atendimento médico. Pela sua estreita relação com a expectoração, pode mostrar sinais de tuberculose pulmonar ou a forma clínica responsável por sua transmissão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006 apud MOREIRA *et al.*, 2010).

A DPOC é uma doença crônica de grande impacto social e econômico sendo causa de considerável morbimortalidade e dada suas complicações, podem causar morte inclusive prematura. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a DPOC será a quinta causa de doença até o ano de 2020, e cabe, portanto, aumentar os estudos que permitam aos profissionais de saúde aumentar seus conhecimentos sobre o impacto físico e psicossocial da DPOC sobre a vida das pessoas (KERKOSKI; BORENSTEIN; SILVA, 2010).

A pessoa acometida pela DPOC apresenta “limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível, progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos” (SOUSA *et al.*, 2011, p. 888). Assim, a realização do diagnóstico utiliza da espirometria, que permite confirmar a limitação de fluxo aéreo, sendo, portanto, comprobatório. Além disso, são utilizadas análises laboratoriais de gasometria arterial e eletrólitos, exames de imagem como radiografia e tomografia computadorizada de tórax (DIAS *et al.*, 2006). Para Sousa *et al.* (2011),

[...] O processo inflamatório crônico pode produzir modificações dos brônquios (bronquite crônica) e causar destruição do parênquima pulmonar (enfisema), com consequente redução de sua elasticidade. A presença dessas alterações é variável em cada indivíduo e determina os sintomas da enfermidade. Os sintomas incluem tosse crônica, produção de expectoração e dispneia ao esforço; embora a DPOC comprometa os pulmões, também produz consequências sistêmicas significativas para o sistema muscular e o cardiovascular. As mudanças compostas por inflamação, hipersecreção de muco, contração da musculatura lisa das vias aéreas, espessamento da parede brônquica, perda de retração elástica e destruição alveolar levam à limitação do fluxo aéreo, à inadequação da relação ventilação-perfusão e à hiperinsuflação pulmonar. Com exceção da asma, a DPOC engloba a bronquite crônica e o enfisema, e essas duas doenças possuem definições próprias: a bronquite crônica refere-se à presença de tosse e produção de expectoração por pelo menos três meses em dois anos consecutivos; o enfisema é definido por destruição alveolar (SOUSA *et al.*, 2011, p. 888)

Um importante fator de risco para doenças respiratórias é o hábito de fumar, que até o ano de 2025, 75% das mortes prematuras poderão ocorrer por doenças respiratórias provocadas pelo tabagismo. Este é responsável por cerca de 90% dos casos de cancro de pulmão, bronquite e enfisema, além de processos isquêmicos do coração e cânceros extrapulmonares embora, em menor proporção. Pacientes que convivem com a DPOC, possuem qualidade de vida reduzida e significativa intolerância a exercícios físicos pela perda de força dos músculos respiratórios, que podem ser melhorados com a adaptação de exercícios específicos. Já como tratamento farmacológico, podem ser realizados com medicamentos como os corticoides e os bronco dilatadores nas crises de agudização. Além disso, nas complicações infecciosas devem ser usados os antibióticos, oxigenioterapia, incluindo máscaras de O₂, Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) (LAIZO, 2009).

Além do tabagismo, no trabalho de Sousa *et al.* (2011), os autores consideram poeiras ocupacionais, irritantes químicos, poluição ambiental e a baixa condição socioeconômica e infecções respiratórias graves na infância, como importantes fatores de risco para DPOC (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA II, 2004 apud SOUSA *et al.*, 2011).

Para Corrêa *et al.* (2017, p. 172) “As Infecções do trato respiratório inferior compreendem doenças das vias aéreas inferiores, tais como bronquite aguda, bronquiolites, infecções em pacientes com bronquiectasias e infecções que comprometem os espaços aéreos como as pneumonias, dentre outras”. Entre as pneumonias, estes autores, incluem as pneumonias adquiridas na comunidade e as pneumonias adquiridas no hospital ou em instituições de saúde, sendo que as primeiras, possuem como origem mais incidente a pneumocócica, sendo a maior causa de morte no mundo. Já nos casos de morbidade, o impacto destas doenças vem sendo medidos os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALYs – Disability-Adjusted Life-Years) em populações específicas (CORRÊA *et al.*, 2017).

Os episódios de bronquiolite ou bronquite tem etiologia em surto de infecção viral ou bacteriana ocorridas geralmente na infância e dão origem às bronquiectasias. Quando sua etiologia estiver associada a condições que propiciam infecções como a fibrose cística ou discinesia ciliar, as pequenas vias brônquicas laterais, vão sendo suprimidas e consequentemente as maiores vão se dilatar. Caso o processo inflamatório persista, mediado por citocinas e liberação de derivados dos neutrófilos, associados à reparação e fibrose, tornam definitivas as dilatações e as manifestações clínicas resultantes são tosse, expectoração

purulenta e hemoptises, dada a retenção de secreções com infecção secundária de grande circulação nas paredes dos brônquios dilatados(LIEBOW ; HALES; LINDSKOG, 1949 apud MOREIRA et al., 2003).

Considerada doença respiratória, a “Rinite é a inflamação aguda ou crônica, infecciosa, alérgica ou irritativa da mucosa nasal (BRASIL, 2010, p. 17)”. No mesmo caderno de Atenção Básica, verificou-se que a etiologia da doença em sua maioria e nos casos agudos são os vírus. Já nos casos crônicos ou recidivantes, a rinite alérgica pode ocorrer pela exposição a alérgenos que, após sensibilização, desencadeiam resposta inflamatória mediada por imunoglobulina E (IgE) (BRASIL, 2010). Além disso, considerando que as afecções alérgicas podem apresentar duas fases, verifica-se que,

[...] A primeira, chamada imediata, ocorre minutos após o estímulo antigênico e a segunda, denominada fase tardia ou inflamatória, ocorre quatro a oito horas após o estímulo. Os sintomas mais comuns são rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal e espirros em salvas. Muitas vezes acompanham sintomas oculares como prurido, hiperemia conjuntival e lacrimejamento. Esses sintomas podem melhorar espontaneamente. Nos casos crônicos, pode ocorrer perda do paladar e do olfato. Os principais alérgenos ambientais desencadeantes e/ou agravantes da rinite são os ácaros da poeira domiciliar, barata, os fungos, epitélio, urina e saliva de animais (cão e gato). Os principais irritantes inespecíficos são a fumaça do cigarro e compostos voláteis utilizados em produtos de limpeza e construção, desencadeando os sintomas por mecanismos não imunológicos (BRASIL, 2010, p. 17).

De acordo com Camelo-Nunes e Sole (2010), a rinite alérgica é uma doença sintomática do nariz e resulta de uma reação inflamatória mediada por anticorpos IgE específicos. É uma doença que se manifesta mediante a exposição da mucosa nasal à alérgenos da poeira, alérgenos de fungos de animais domésticos, polens, fumaça de tabaco, odores fortes, poluição e mudanças ambientais de temperatura e de umidade. Após exposição à fatores possíveis de desencadear ou agravar o quadro, o indivíduo apresenta sintomas como obstrução nasal, coriza hialina, espirros e prurido nasal. A rinite se manifesta comumente durante a infância, podendo ocorrer em adultos e nos dois casos pode classificada como intermitente ou persistente, mas conforme a intensidade dos sintomas são considerados leve, moderada ou grave.

Dentre as doenças respiratórias crônicas a crescente prevalência da rinite alérgica é um importante problema de saúde pública, afetando a qualidade de vida dos pacientes e embora não seja considerada grave. A doença, muitas vezes é subestimada e por não ser reconhecida

como uma doença, não se busca atendimento médico e mesmo assim é um motivo crescente de atendimentos na atenção primária à saúde (IBIAPINA et al., 2008).

De acordo com Brasil, 2010, sobre a rinite e a asma,

[...]Diversos autores têm referido que asma e rinite fazem parte de uma mesma doença, defendendo o conceito de “via aérea única”, com manifestações clínicas mais intensas e evidentes que dependeriam do órgão “mais acometido”. As alterações de função nas vias aéreas superiores poderiam levar a alterações nas vias aéreas inferiores e vice-versa, caracterizadas por inflamação da mucosa que podem ser mantidas e amplificadas por mecanismos imunológicos similares e interrelacionados (BRASIL, 2010, p.17).

A rinite alérgica é fator de risco e marcador, piorando o quadro do acometido pela asma, aumentando o risco de hospitalizações e agravamento das crises. Em crises persistentes de rinite, o médico deve verificar a presença da asma e vice-versa, o tratamento visando controlar cada doença (BRASIL, 2010).

A asma é uma doença crônica encontrada em todo o mundo. Trata-se de uma síndrome complexa composta e que acomete adultos e crianças. A doença apresenta várias apresentações clínicas e de evolução, dificultando uma classificação única e consequentemente as definições diagnósticas e terapêuticas. Esta classificação vem sendo feita conforme os fatores desencadeadores de sintomas como a gravidade e a frequência dos mesmos ou mesmo de acordo com a resposta aos tratamentos disponíveis. Assim, o ideal, seria que a classificação baseasse em mecanismos moleculares envolvidos na origem e evolução da doença, permitindo o diagnóstico e terapêutica mais apropriada (CAMPOS, 2007). O autor ainda refere que,

[...]A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, cuja causa ainda não está completamente compreendida. Como resultado da inflamação, 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. As principais alterações anatomopatológicas incluem a presença de células inflamatórias nas vias aéreas, exsudação de plasma, edema, hipertrofia da musculatura lisa Peri brônquica, tampões mucosos e desnudamento do epitélio brônquico. Dessa forma, a lógica e o bom senso dizem que 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).

Ainda para Campos (2007) os fatores de risco para a asma estão relacionados aos ambientais e aos próprios dos pacientes. No primeiro caso, devem ser consideradas a exposição à poeira domiciliar, ocupacional, baratas, infecções virais (vírus sincicial respiratório e rinovírus). Já os próprios dos pacientes contam os aspectos genéticos, obesidade e sexo masculino (durante a infância). Para diagnosticar a asma são observados os estágios clínicos, prova de função pulmonar (para a confirmação diagnóstica e classificação da gravidade). Para controle dos sintomas da asma ou a redução da intensidade da inflamação das vias aéreas, os corticosteroides inalatórios vêm sendo efetivos, com a garantia de seus efeitos perdurando durante o tempo de tratamento com o corticoide que pode ser usado em qualquer idade ou gravidade da doença. Este é capaz de controlar os sintomas da asma, melhorar a função respiratória e prevenir crises, além de reduzir a mortalidade por asma, mesmo sabendo que as terapias atuais não resultem em remissão definitiva da asma. Embora exista o reconhecimento da associação clínica entre rinite alérgica e asma, nos últimos anos, vem sendo observadas abordagens distintas, assim como o tratamento farmacológico para as vias aéreas superiores inferiores. Em estudos sobre a coexistência da rinite alérgica e asma, verificou-se que as infecções das vias aéreas superiores estão relacionadas com a exacerbação da asma e da presença de rinite como fator de risco para as sinusites (PASSALACQUA; CIPRANDI; CANONICA, 2001 apud IBIAPINA et al., 2006). Os autores referem a distribuição geográfica, assim como coexistência de asma, rinite e sinusite desde tempos remotos, assim,

[...]Tal fato tem sido interpretado de duas maneiras: como duas entidades distintas; ou como expressão de uma mesma doença que acomete, simultaneamente, o trato respiratório superior e inferior, provavelmente em decorrência de fatores de risco e patogênese comuns, o que parece ser mais evidente (IBIAPINA, et., al., 2006, p. 358).

Em relação ao ambiente, a exposição a alérgenos resulta em bronco constrição aguda em pacientes suscetíveis, e tardiamente em asma horas após o contato, gerando respostas não específica das vias aéreas nasal e brônquica, por dias ou semanas (IBIAPINA et al., 2006)).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites(2008), a rinossinusite (RS) se caracteriza por inflamação da mucosa do nariz e dos seios paranasais e quando este termo é usado de forma isolada a infecção é conhecida como de origem bacteriana. Trata-se de uma das afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores, decorrem de processos infecciosos virais, bacterianos, fúngicos ou associados à alergia, polipose nasossinusal e disfunção vasomotora da mucosa. A classificação mais comum das rinossinusites conforme os sintomas e frequência constantes nas Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites, são:

[...]• rinossinusite aguda (RSA): aquela cujos sintomas teriam duração de até 4 semanas;

- rinossinusite subaguda (RSSA): duração maior que 4 e menor que 12 semanas;

- rinossinusite crônica (RSC): duração maior que 12 semanas; rinossinusite recorrente (RSR), quatro ou mais episódios de RSA no intervalo de um ano, com resolução completa dos sintomas entre eles; rinossinusite crônica com períodos de agudização (RSCA), duração de mais de 12 semanas com sintomas leves e períodos de intensificação.

Algumas questões devem ser feitas em torno dessa classificação. Existe um substrato fisiopatológico que ampare esse critério meramente temporal? Do ponto de vista histopatológico, a RSA caracteriza-se por um processo exsudativo associado com necrose, hemorragia e/ou ulceração, no qual há um predomínio de neutrófilos. Já a RSC é um processo proliferativo associado à fibrose da lâmina própria, no qual linfócitos, plasmócitos e eosinófilos são as células mais prevalentes. A RSSA carece de uma definição histopatológica. Da mesma forma, do ponto de vista prático, é muito difícil se diferenciar uma RSR de uma RSCA (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008, p. 6).

A Atenção Primária deve ser considerada o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, que deve disponibilizar o manejo aos problemas mais frequentes e relevantes, existentes na comunidade. As equipes de Saúde da Família e demais profissionais relacionados à Atenção Primária devem desenvolver serviços aplicando os princípios do acesso universal e integralidade do cuidado, atendendo as necessidades de saúde da população atendida (BRASIL, 2010). Este acesso pôde ser reforçado pelo Pacto pela Saúde visando à consolidação do SUS, pela determinação de prioridades como a qualificação da atenção primária, definindo como modelo de atenção à saúde no Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF) (AZEVEDO et al., 2013). As eSF são responsáveis por desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde, aos usuários que vivem na área de abrangência, após feita análise da realidade social e de saúde, pois, são responsáveis pelo serviço em saúde voltado para as famílias e comunidade. Trata-se de um trabalho que envolve vários profissionais utilizando a abordagem dos problemas psicossociais e sócio sanitários, através de parcerias com os usuários, setores governamentais e não governamentais, entre outros (TESSER et al., 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Realizada a estimativa pelos profissionais da equipe de saúde da UBS José Maria de Souza Santos observou-se que as doenças respiratórias em Brasília representaram a terceira causa de morte conforme os registros da Secretaria de Saúde do município. Além disso, ao estudar os dados obtidos na realização do diagnóstico situacional, a equipe verificou que a doença afeta usuários entre 5 a 39 anos de idade. No ano de 2017, o número de internações hospitalares por causas respiratórias infecciosas ou doenças respiratórias crônicas sobre infectadas, chegou a 158 usuários, cuja causa variou entre pneumonias virais e bacterianas, bronquiolites, doenças pulmonares obstrutivas crônicas agudizadas (sobre infectadas). Já em relação ao número de óbitos, somou-se 10 usuários adultos. A observação ativa, contribuiu para confirmar que embora parte do município possua estradas com boa estrutura, o mesmo não acontece nos bairros de Raymundo Chaar e Eldorado. A população que vive na comunidade Eldorado convive com estradas sem pavimentação, gerando poeira que é um dos fatores que pode estar acometendo o trato respiratório dos usuários que moram nessa área.

Outro fator importante é a fumaça compartilhada com grande quantidade de tabagistas. Assim, reconhecendo a área de abrangência e conhecendo a realidade vivenciada pelos usuários adscritos à equipe, a mesma reorganizou a agenda e iniciou o planejamento de ações ou novas formas de ampliar serviços em saúde para esta população. As visitas domiciliares podem servir para levar orientações e melhorar o meio de vida e o bem-estar dos usuários e assim melhorar a qualidade de vida, através da prevenção e convívio com as doenças respiratórias. Já no momento de orientar sobre a doença, envolver e corresponsabilizar com os familiares sobre as orientações que a equipe pode fornecer estimulando-os a dobrar a atenção aos aspectos preventivos, além da boa adesão ao uso dos medicamentos. Na UBS, a

equipe deve aproveitar os momentos de espera para consultas ou outros procedimentos para realizar pequenos lembretes e palestras.

No momento, a equipe ainda enfrenta alta demanda espontânea e sempre conta com a presença de usuários em crises agudas ou não para doenças respiratórias precisando de atendimento médico e muitas vezes de urgência. Este problema, foi selecionado pelos profissionais da equipe da UBS José Maria de Souza Santos, para propor uma intervenção propondo ações, as quais serão oportunamente avaliadas e monitoradas objetivando melhorias na qualidade de vida dos propensos e portadores de doenças respiratórias adscritos à área de abrangência.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

De acordo com Sousa et al., (2011), as doenças respiratórias são responsáveis por um grande número de morbidades no Brasil e no mundo. Em decorrência da bronquite aguda, rinite alérgica, rinite e rinossinusite crônica, que caracterizam estas doenças, o número de hospitalizações vem crescendo. Além disso, o paciente acometido, pode passar pelo desconforto da apneia do sono, asma e repetidos episódios de infecções respiratórias. Assim, a Atenção primária à saúde pode contribuir desenvolvendo através da Estratégia em Saúde da Família (ESF) a assistência sanitária essencial, utilizando métodos e tecnologias práticas, com fundamento científico e relativo ao que se vive na sociedade. Além disso, estas tecnologias estando ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, havendo corresponsabilização, custo acessível (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

A alta incidência de doenças respiratórias em geral afeta grande parte da população da equipe de saúde da UBS José Maria de Souza. São quadros clínicos variados desde gripe comum a doenças infecciosas do sistema respiratório. Entre elas, a pneumonia entre pessoas com doenças crônicas principalmente cardiopatas e diabéticas que encerram um grande número de internações hospitalares. Além disso, há boa variedade de doenças respiratórias advindas do desconhecimento das regras básicas de higiene ambiental, padrões de higiene pessoal insuficientes, superlotação e até o clima. São doenças com apresentações clínicas, variadas acometendo partes do aparelho respiratório. Seus agentes etiológicos são diversos, suas causas são multifatoriais, remetendo a várias evoluções, duração, tratamento, complicações e prognóstico. Além de que afetam a grande parte da população sem faixa etária bem definida.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos identificados para o problema “alta incidência de doenças respiratórias, na Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza, no município de Brasiléia, Acre” foram:

1. Hábitos, estilos de vida inadequados e insuficiente higiene ambiental e pessoal.
2. Falta de informação e educação sobre a doença e vias de transmissibilidade.
3. Falta de manejo dos fatores ambientais (poluição: poeira e fumaça).
4. Falta de processo de trabalho adequado da equipe para atuar sobre o problema.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência Unidade Básica de Saúde José Maria de Souza, no município de Brasiléia, Acre

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados, e pobre higiene ambiental e pessoal.
Operação (operações)	Propor modificações de hábitos e estilos de vida, hábitos de higiene pessoal e ambiental.
Projeto	“Mente sã, em corpo são.”
Resultados esperados	Melhorar em 73% o número de pacientes com hábitos e estilos de vida adequados em 1 ano. População com melhor qualidade de vida Diminuir alta incidência de doenças respiratórias pelo menos em 60 %.
Produtos esperados	Capacitação dos ACS e do pessoal de saúde em geral. Campanha educativa com apoio dos meios de difusão e comunicação (rádio, jornal) Programa de saúde nas escolas
Recursos necessários	Organizacional: Organizar ações que envolvam outros centros em nossa área de abrangência

	Cognitivo: Aumentar a periodicidade e a qualidade da informação fornecida a nossa população, mesmo que ao pessoal de saúde. Político: Negociar com as autoridades pertinentes um espaço na rádio ou jornal locais que ajude a melhorar a velocidade e o alcance da informação fornecida a nossa população, mesmo que melhore a intersetorialidade. Financeiro: Negociar aquisição de recursos de distintas categorias tais como: audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Político: Negociar com as autoridades pertinentes um espaço na rádio ou jornal locais que ajude a melhorar a velocidade e o alcance da informação fornecida a nossa população, mesmo que melhore a intersetorialidade. Financeiro: Negociar aquisição de recursos de distintas categorias tais como: audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos	Setor de Comunicação social. Secretária municipal de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar projeto de intervenção.
Prazo	Início em três meses termino 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e Enfermeiro, ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	6 meses após iniciado o projeto.

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência da UBS José Maria de Souza Santos do município de Brasiléia, estado de Acre.

Nó crítico 2	Falta de informação e pobre educação sobre a doença e vias de transmissibilidade.
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre as enfermidades respiratórias.
Projeto	“ Conhecimento é poder”
Resultados esperados	Melhora do conhecimento sobre as doenças respiratórias.

	Melhorar as negociações com pacientes que garantem um melhor cumprimento das indicações médicas.
Produtos esperados	Capacitação dos ACS e do pessoal de saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: Organização da agenda. Político: Intersetorialidade
Recursos críticos	Político: realizar ações Inter setoriais
Controle dos recursos críticos	Secretaria municipal de educação. Secretaria municipal de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar programa de atividades educativas.
Prazo	Iniciar em um mês.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, Enfermeira e ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	3 meses após iniciado.

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” ao problema “Alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência na UBS Jose Maria de Souza Santos do município de Brasília, estado Acre.

Nó crítico 3	Falta de manejo dos fatores ambientais (poluição: poeira e fumaça)
Operação (operações)	Difundir conhecimentos sobre higiene ambiental e cuidados do meio ambiente. Fornecer conhecimentos sobre o impacto negativo do tabagismo na saúde dos fumantes e daqueles que rodeiam. Aumentar o compromisso das autoridades com saneamento ambiental e

	o melhoramento das viaturas da cidade
Projeto	“O ar limpo é vida”
Resultados esperados	Aumento da participação popular e do compromisso estatal. Usuários cuidando melhor do ambiente Diminuição da poluição. Aumento do apoio dos meios de comunicação do município.
Produtos esperados	Parceria com órgãos e setores no município referente a área ambiental Programa ambiental
Recursos necessários	Cognitivo: Apoio dos meios de difusão massiva do município para um melhor fornecimento de informação relacionada ao impacto do médio ambiente e ao tabagismo na saúde das pessoas. Organizacional: Projeto que aumente a colaboração da população. Político: Articulação entre os setores da saúde, os setores de governo e a população em geral.
Recursos críticos	Cognitivo: Apoio dos meios de difusão massiva do município para um melhor fornecimento de informação relacionada ao impacto do médio ambiente e o tabagismo na saúde das pessoas. Organizacional: Projeto que aumente a colaboração da população. Político: Articulação entre os setores da saúde, os setores de governo e a população em geral.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde. Prefeitura municipal.
Ações estratégicas	Apresentar plano de intervenção.
Prazo	Início em três meses finalizar em 6 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico

Processo de monitoramento e avaliação das ações	3 meses após início do projeto.
---	---------------------------------

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” ao problema “Alta incidência de doenças respiratórias”, na população da área de abrangência na UBS Jose Maria de Souza Santos do município de Brasiléia, estado Acre.

Nó crítico 3	Falta de processo de trabalho adequado da equipe para atuar sobre o problema
Operação (operações)	Difundir conhecimentos sobre doenças respiratórias e cuidados do meio ambiente entre os profissionais da equipe. Fornecer conhecimentos aos profissionais da equipe o impacto negativo do tabagismo na saúde dos fumantes e familiares. Aumentar o compromisso das autoridades com saneamento ambiental através de parcerias
Projeto	“Cuidar do ar de Brasiléia”
Resultados esperados	Aumento da participação popular e do compromisso estatal. Diminuição da poluição. Aumento do apoio dos meios de comunicação do município.
Produtos esperados	Parceria com órgãos e setores no município referente a área ambiental Programa ambiental
Recursos necessários	Cognitivo: Apoio do município e órgãos do estado para melhorar fornecimento de informação relacionada ao impacto do meio ambiente e ao tabagismo na saúde das pessoas. Organizacional: Projeto que aumente a colaboração da população. Político: Articulação entre os setores da saúde, os setores de governo e a população em geral.

Recursos críticos	Cognitivo: Apoio dos meios de difusão massiva do município para um melhor fornecimento de informação relacionada ao impacto do médio ambiente e o tabagismo na saúde das pessoas. Organizacional: Projeto que aumente a colaboração da população. Político: Articulação entre os setores da saúde, os setores de governo e a população em geral.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde. Prefeitura municipal.
Ações estratégicas	Apresentar plano de intervenção.
Prazo	Início em três meses finalizar em 6 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	3 meses após início do projeto.

Fonte: Autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças respiratórias entre usuários sob responsabilidade da eSF da UBS Jose Maria de Souza Santos do município de Brasiléia, estado Acre, é um problema de saúde pública no Brasil e no território da equipe e vem reduzindo significativamente a qualidade de vida dos usuários acometidos. Após a realização do diagnóstico situacional e com o levantamento das dificuldades dos usuários e suas características foi possível verificar os problemas existentes e enfrentados por esses pacientes para propor ações estratégicas visando controle e a cura de doenças respiratórias.

A equipe propôs um plano de ação, apoiado pela equipe multidisciplinar e pelos profissionais de saúde que trabalham na estratégia de saúde da família da UBS Jose Maria de Souza Santos, proporcionando o cuidado necessário aos usuários. Espera-se com esta proposta de intervenção propiciar a prevenção, o controle e a cura de doenças respiratórias tratando esta intervenção com prioridade na tomada de decisões. Essas metas são alcançáveis e o controle, a prevenção e a cura de doenças respiratórias estão entre as intervenções de saúde tendo a equipe governabilidade sobre o problema. Espera-se que este projeto ajude a provocar as mudanças necessárias objetivando a saúde das pessoas e melhorar sua qualidade de vida.

Esta intervenção propõe garantir melhor assistência aos usuários, proporcionando consulta médica, apoio psicológico e atenção social, melhorias no trabalho da equipe na redução dos casos de doenças respiratórias na área de abrangência da equipe. Pretende-se melhorar o controle da doença entre usuários e buscar junto da equipe e das famílias as melhores formas para que a equipe promova o cuidado integral ao paciente.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A., L., S.; SILVA, R., A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L., A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.(Cadernos de Atenção Básica, n. 25)

CAMELO-NUNES, I., C.; SOLE, D. Rinite alérgica: indicadores de qualidade de vida. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 124-133, fev. 2010.

CAMPOS, H., S. Asma: suas origens, seus mecanismos inflamatórios e o papel do corticosteroide. **Rev. Bras. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 47-60, dez. 2007.

CORRÊA, R., A.; SÃO JOSÉ, B., P.; MALTA, D., C.; PASSOS, V., M., A.; FRANÇA, E., B.; TEIXEIRA, R., A.; CAMARGOS, P., A., M. Carga de doença por infecções do trato respiratório inferior no Brasil, 1990 a 2015: estimativas do estudo Global Burden of Disease 2015. **Rev Bras Epidemiol**; v. 20, supl. 1, p. 171-181, maio; 2017.

DIAS, L., R.; MAGANHOTO, T., F.; NONAKA, P., N.; MAGNANI, R., M.; OSÓRIO, R., A., L.; REIS, C., T. Análise do lactato em indivíduos portadores de DPOC com e sem técnicas de conservação de energia. In: IX ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E V ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO – Universidade do Vale do Paraíba. 2006 Disponível em: <<http://biblioteca.univap.br/dados/INIC/cd/epg/epg4/epg4-64%20ok.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2019.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 74, n. 2, supl. p. 6-59, 2008.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2018. 97 p

IBIAPINA, C., C.; SARINHO, E., S., C.; CRUZ FILHO, Á., A.; CAMARGOS, P., A., M. Rinite, sinusite e asma: indissociáveis? **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 357-366, ago. 2006.

IBIAPINA, C., C.; SARINHO, E., S., C.; CAMARGOS, P., A., M.; ANDRADE, C., R.; CRUZ FILHO, Á., A., S. Rinite alérgica: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 230-240, abr. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Brasília, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/brasileia/panorama> >

KERKOSKI, E.; BORENSTEIN, M., S.; SILVA, D., M., G., V. Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 825-832, Dez. 2010

LAIZO, A. Doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma revisão. **Rev Port Pneumol**, Lisboa, v. 15, n. 6, p. 1157-1166, nov. 2009.

MALTA, D., C.; MOURA, L.; PRADO, R., R.; ESCALANTE, J., C.; SCHMIDT, M., I.; DUNCAN, B., B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out-dez, 2014.

MALTA, D., C.; STOPA, S., R.; SZWARCOWALD, C., L.; GOMES, N., L.; SILVA JÚNIOR, J., B.; REIS, A., A., C. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**; v. 18, suppl 2, p. 3-16, dez, 2015.

MOREIRA, J., S.; PORTO, N., S.; CAMARGO, J., J., P. (te sbct); FELICETTI, J., C.; CARDOSO, P., F., G.(te sbct); MOREIRA, A., L., S.; ANDRADE, C., F. Bronquiectasias: aspectos diagnósticos e terapêuticos Estudo de 170 pacientes. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 258-263, out. 2003.

MOREIRA, C., M., M.; ZANDONADE, E.; LACERDA, T.; MACIEL, E., L., N. Sintomáticos Respiratórios nas Unidades de Atenção Primária no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1619-1626, ago, 2010.

PADOVEZE, M., C.; FIGUEIREDO, R., M. O papel da atenção Primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Rev. Esc. Enferm.USP**, v. 48, n. 6, p. 1137 -44, 2014

PIOLA, S., F.; FRANÇA, J., R., M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 411-421, 2016.

SCHMIDT, M., I.; DUNCAN, B., B.. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 421-423, dez. 2011.

SOUSA, C., A.; CÉSAR, C., L., G.; BARROS, M., B., A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; PEREIRA, J., C., R. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-25, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2639.pdf>, acesso em: 05 de outubro de 2019.

TESSER, C., D.; GARCIA, A., V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C., E. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

ANEXOS

Fig. 1. Hospital Raymundo Chaar. Brasiléia, Acre.2017.



Fig.2. UBS Jose Maria de Souza Santos, Brasiléia, Acre, 2015. Durante inundação desse ano. Ainda sem recuperar.



Fig 3, 4, 5. Queima florestal ilegal. Brasília, Acre, 2016



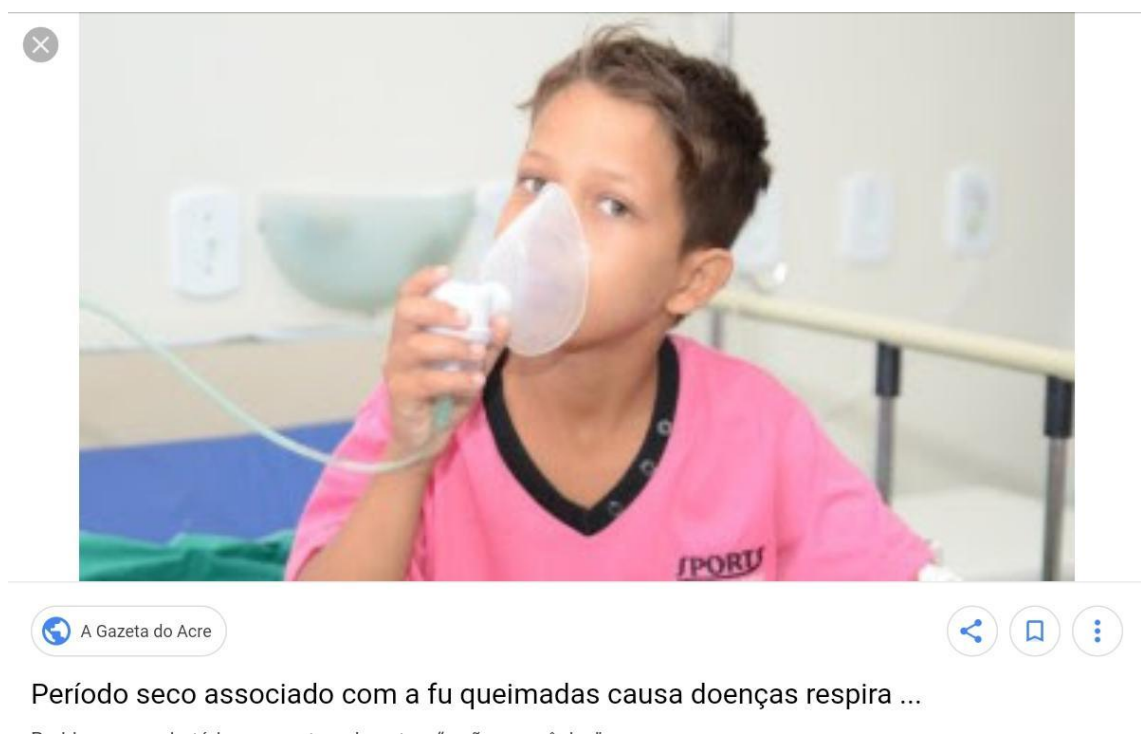
 ambienteacreativo.blogspot.com



Fig. 6 Vista aérea da cidade de Brasília sendo afetada pela fumaça produto das queimas ilegais.



Fig. 7 Foto de um artigo da gazeta do Acre referente a doenças respiratórias produto da



fumaça.

Fig. 8 UBS Tufic Misael Saady



Fig 9. Sala de espera de ambas UBS



Fig. 10 Sala de arquivo, pre-consulta e sala de reunião da UBS Jose Maria de Souza Santos.

