

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

**ORMINDA LUCIANA DE SOUZA**

**A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
CONTROLE DAS CRISES DE ASMA BRONQUIAL EM CRIANÇAS  
ATENDIDAS EM PETROLÂNDIA 1, EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte/Minas Gerais**

**2015**

**ORMINDA LUCIANA DE SOUZA**

**A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
CONTROLE DAS CRISES DE ASMA BRONQUIAL EM CRIANÇAS  
ATENDIDAS EM PETROLÂNDIA 1, EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Coelho Lopes

**Belo Horizonte/Minas Gerais**

**2015**

**ORMINDA LUCIANA DE SOUZA**

**A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE  
DAS CRISES DE ASMA BRONQUIAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM  
PETROLÂNDIA 1, EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa Tatiana Coelho Lopes- UFMG

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

A minha família e aos meus amigos que me acompanham sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha tutora, que colaborou na execução deste projeto.

*“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”*

*Theodore Roosevelt*

## RESUMO

A asma brônquica (AB) é a doença crônica mais prevalente na infância, caracterizada por inflamação das vias aéreas, hiper-responsividade brônquica e crises de broncoespasmo com obstrução reversível do fluxo aéreo. Este trabalho teve como objetivo desenvolver um plano de intervenção com medidas preventivas efetuadas pela equipes de saúde da família para o controle das crises asmáticas na população infanto-juvenil atendida na ESF Petrolândia 1, em Contagem/MG, Para isso foi realizada uma revisão da literatura com o termos atenção primaria , asma bronquial e equipe de saúde da família e a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional que possibilitou a identificação dos seguintes nós críticos: 1) A falta de informação das famílias de crianças que sofrem de AB sobre a doença: 2) O uso correto/incorreto das medicações propostas:3) A falta de uso de medidas preventivas: e 4) Os hábitos e estilo de vida incorretos. A partir disso foram construídas as estratégias junto as equipes da UBS como do NASF de forma multiprofissional a partir de grupos operativos e oficinas com familiares. Conclui-se que o trabalho da Equipe de Saúde da Família no desenvolvimento de estratégias de Intervenção, Prevenção e controle das crises asmáticas em pacientes buscar a aquisição de hábitos de vida mais saudáveis e o controle ambiental ensinado para melhorar a qualidade de vida

**Palavras-chave:** Atenção primaria, Intersectorialidade, Asma Bronquial, Equipe de saúde da família.

## ABSTRACT

The asthma bronchial (AB) is the disease chronicle more prevalent in the childhood, characterized by inflammation of the aerial roads, hyperresponsiveness bronchial and bronchospasm crises with reversible obstruction of the aerial flow. This work had as objective develops an intervention plan with preventive measures made by the teams of health of the family for the control of the asthmatic crises in the infanto-juvenile population assisted in ESF Petrolândia 1, Contagem / MG, Pará. A revision of the literature with the keywords: primary attention, bronchial asthma, and the family health team as the methodology of the Strategic Planning was used situational that made possible the identification of the following ones us critical: 1) the lack of information of the children's families that you/they suffer of AB remains to the disease: 2) the use correct / incorrect of the proposed medications:3) the lack of use of preventive measures: and 4) the habits and incorrect lifestyle. Starting from that the strategies were built join the teams of UBS as of NASF of form various professional starting from operative groups and workshops with family. It is ended that the work of the Team of Health of the Family in the development of strategies of Intervention, Prevention and control of the asthmatic crises in patients to look for the acquisition of healthier life habits and the environmental control taught to improve the life quality

keywords: Primary Attention, intersectoriality, Bronchial Asthma, the family health team



## LISTA DE SIGLAS

AB	Asma Bronquial
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>5. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>6. PLANO DE INTERVENCAO .....</b>	<b>21</b>
<b>6.1. Identificação do problema e seleção da prioridade para abordagem</b>	
<b>6.2. Descrição do problema e identificação dos nós críticos</b>	
<b>6.3 Operações realizadas para lidar com os nós críticos</b>	
<b>6.4 Resultados.....</b>	
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Contagem, localizado na região central do Estado de Minas Gerais, é o município com a terceira maior população estadual. No que se refere à Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município conta com 95 ESF e 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas com atendimentos de 7 às 17 horas, de segunda a sexta, com cobertura de 90 % da ESF no município. Na UBS Petrolândia, a equipe de saúde é formada por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 técnica de enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) .

A equipe de saúde da família, identificando os riscos e as vulnerabilidades existentes no território de abrangência, decidiu por iniciar uma proposta de intervenção tendo por base a interdisciplinaridade e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, integralidade, equidade e participação social elaboram estratégias em conjunto com a população para a melhoria da qualidade de vida no território (FARIA, 2010).

Sendo assim, para Asensi (2010), abordar a questão da família como centro da atenção primária à saúde é uma situação prioritária, especialmente se ela for colocada como estratégia de reorganização do sistema de saúde. É necessário, também, conhecer as configurações dessa família, seus arranjos, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, sua cultura de características bem peculiares, nesse nosso tempo de diversidade e de transição demográfica e epidemiológica. Enfim, compreender a família como uma unidade de produção social.

No caso de crianças portadores de asma não é diferente. A asma é a doença crônica mais prevalente na infância. No Brasil, a prevalência da asma ativa nas crianças apresenta a porcentagem de 19% a 24%, tendo com variações regionais. A descoberta e o tratamento da doença deve ser feita em tempo hábil e a abordagem da crise asmática deve levar em consideração a gravidade, que é o que estabelece o tratamento a ser constituído. A profilaxia permite o controle da doença, com redução da frequência e da gravidade das crises e a melhoria da qualidade de vida do jovem (BORGES *et al*, 2011).

A AB é uma doença crônica, caracterizada por inflamação das vias aéreas, hiper-responsividade brônquica e crises de broncoespasmo com obstrução reversível do fluxo aéreo. Essa patologia resulta da interação entre carga genética,

exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas, sendo que, atualmente, a asma é considerada em todo mundo, um problema de saúde pública, dada a alta prevalência e custos socioeconômicos(PRIETSCH, 2002)

## **2. JUSTIFICATIVA**

A escolha do tema se justifica pelo elevado número de usuários, principalmente crianças, com queixa de afecções relacionadas ao aparelho respiratório, em particular a asma bronquial (AB), na ESF Petrolândia 1

O fator genético não é passível de modificação, porém, o fator ambiental possibilita a mudança de atitudes para uma maior qualidade de vida à população afetada por essa patologia, em particular, as crianças.

Desse modo, se faz importante o desenvolvimento de uma intervenção que valorize o papel dos ACS na orientação de medidas preventivas para as famílias dos crianças que são acometidas com crises asmáticas para o controle desses episódios. O estudo de Melo, Lima e Sarinho (2005) demonstram que o conhecimento dos pais sobre a doença e de seus fatores desencadeantes influenciam positivamente na adesão ao tratamento e potencializa os cuidados com a saúde das crianças.

### **3. OBJETIVO**

Desenvolver um plano de intervenção com medidas preventivas realizadas pelas Equipes de saúde da família para o controle das crises asmáticas na população infanto-juvenil atendida na ESF de Petrolândia 1, no município de Contagem.

#### **4. METODOLOGIA**

Este trabalho é o desenvolvimento de um projeto de intervenção de medidas higiênicas e ambientais sobre AB na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2015 na população adscrita na ESF Petrolândia<sup>1</sup> no município de Contagem, em Minas Gerais.. Ele foi desenvolvido com as contribuições do Planejamento Estratégico Situacional (PES), abordado na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) o PES foi didaticamente dividido em passos, o que favoreceu a identificação do problema e uma maneira sistematizada de enfrentá-lo (CAMPOS,FARIA, SANTOS, 2010).

Foi realizada também, uma revisão narrativa sobre a temática da asma brônquica a partir da seleção e análise de publicações. Para a busca na literatura foram utilizados os descritores:Atenção primária, Asma Bronquial, Equipe de saúde da família.

Para a realização desse projeto, utilizamos utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, ou seja, trabalhos acadêmicos, além dos registros já existentes dentro da unidade que relatam a quantidade de usuários acometidos pela AB, os dados coletados pelas ACS dentro de suas áreas de abrangência e dados recolhidos por outros profissionais da equipe de saúde.

#### 4. REVISAO DA LITERATURA

*“O cuidado qualificado de doenças crônicas é caracterizado pela interação produtiva entre a equipe de saúde e o paciente”. (WAGNER, 2001, p. 3)*

As doenças crônicas causam grande preocupação, não só pelo fato de se desenvolverem de forma lenta, como também terem uma longa duração, mas também por se tratar, muitas vezes, de um problema de saúde pública e serem a maior causa de mortalidade no Brasil e no mundo. Quando se trata de crianças e adolescentes, essa preocupação se agrava, por se tratar de uma fase na qual qualquer patologia pode desencadear anormalidades no crescimento e desenvolvimento dos mesmos.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, as doenças crônicas prevalecerem nos países pobres:

tem grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos afetados; causa morte prematura; gera grandes – e subestimados – efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedades em geral [...] Os fatores de risco são generalizados. Fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crônicas. Esses fatores de risco explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas em todas as idades, em homens e mulheres, e em todas as partes do mundo. Eles incluem: dieta insalubre; inatividade física; consumo de tabaco.(OPAS, 2005, p.195)

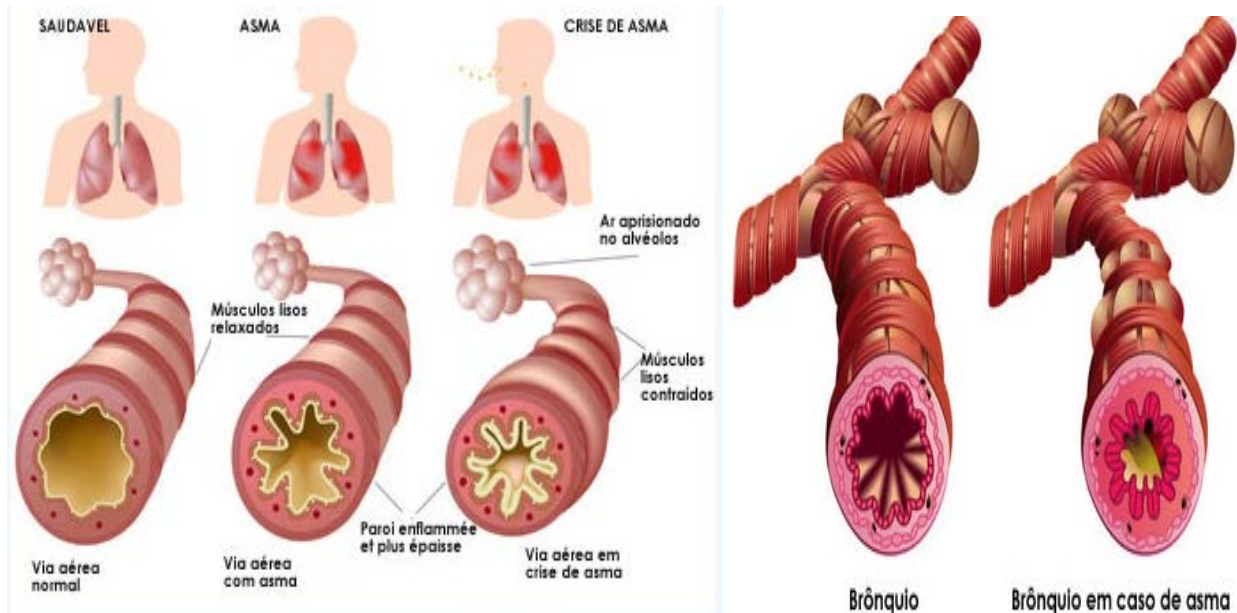
A Asma é considerada uma doença das vias aéreas, inflamatória e crônica, não transmissível, cuja principal característica a hiperresponsividade brônquica e a obstrução variável do fluxo de ar. Os principais desencadeantes da doença são a poluição atmosférica; contato com poeira, mofo, pelos de animais, fumaça; alterações climáticas; tabaco; gripes ou resfriados; alergia de alguns alimentos ou medicamentos; problemas emocionais, além do desencadeante genético (MELO, LIMA, SARINHO, 2005).

O processo da asma se desenvolve quando o indivíduo está na presença desses desencadeadores, e a musculatura que envolve os brônquios se contrai (espasmos) e as células de defesa se deslocam para o local produzindo uma reação inflamatória. Quando a pessoa está desenvolvendo a crise asmática, essa reação de defesa é exacerbada, causando superprodução de muco e um excesso de reatividade dos músculos.(CRUZ *et al.*, 2005):



A Figura 1 mostra a diferença das vias aéreas de uma pessoa saudável, com asma e com crise asmática.

Figura 1 - Vias aéreas saudáveis e com asma



Fonte: Sumi (2011)

Os principais sintomas da asma são: falta de ar, também conhecida como dispneia, pressão no peito, tosse ou chiado durante a expiração. Trata-se de uma doença relativamente grave, apesar de seu índice de mortalidade ser pequeno, pois muitas vezes o doente com crise grave precisa ser hospitalizado, pois acontece a asfixia e se não houver tratamento em tempo hábil, pode acontecer a morte do indivíduo (CRUZ *et al.*, 2005)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, (2006) a asma acomete, na faixa de 11,6% entre escolares e 13,7% entre adolescentes no mundo.

É importante que se tenha o conhecimento sobre os principais aspectos da asma em crianças para que se possa fazer o atendimento e o tratamento adequados. Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 68), em relação à asma em pré-escolar:

O fenótipo de sibilância associada a viroses tem caráter geralmente transitório, mas, em alguns casos, pode se comportar com a mesma

gravidade de asma persistente. Crianças com sibilância frequente (ao menos 4 episódios no ano) e pelo menos 1 fator de risco maior (pais com asma ou criança com dermatite atópica) ou 2 menores (rinite alérgica, eosinofilia ou sibilância na ausência de infecções virais) são consideradas de maior risco para o desenvolvimento de asma. Em pré-escolares de alto risco conforme esses critérios, corticosteróides inalatórios melhoram os sintomas e reduzem as exacerbações durante o tratamento, mas não há comprovação de que o uso regular nesta faixa etária previna o desenvolvimento de asma no futuro. Os beta-2-agonistas adrenérgicos de longa ação não tem comprovação de eficácia e segurança em pacientes com menos de 5 anos, de forma que seu uso não está recomendado. Especial atenção deve ser dada a técnica inalatória, verificando-se a indicação de uso de máscaras acopladas a espaçadores

A Figura 2 1 demonstra os indicativos clínicos de asma em crianças que devem ser considerados pelos que a assistem.

Figura 2 - Indicativos clínicos de asma em crianças

- Presença de um ou mais dos seguintes sintomas - dispneia ("falta de ar", "respiração ofegante"), tosse crônica, sibilância, taquipneia, aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã;
- sintomas episódicos;
- melhora espontânea ou com uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores ou anti-inflamatórios esteroides);
- diagnósticos alternativos excluídos (crianças e adultos): anel vascular, fistula traqueoesofágica, apnéia obstrutiva do sono, não coordenação da deglutição, aspergilose broncopulmonar alérgica, infecções virais e bacterianas, bronquiectasias, síndrome do pânico, insuficiência cardíaca, bronquiolite, massas hipofaríngeas, carcinoma brônquico, massas mediastinais, discinesia da laringe, obstrução alta das vias aéreas, disfunções de cordas vocais, obstrução mecânica das vias aéreas, doença respiratória crônica da prematuridade, refluxo gastroesofágico, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome de Löeffler, embolia pulmonar, síndrome da hiperventilação, fibrose cística, alveolite alérgica extrínseca ou pneumonite por hipersensibilidade.

Fonte: Lenz (2011)

A asma, pode ser considerada uma das doenças mais antigas da humanidade e, ao longo de sua história, vem carregando a "fama" de uma enfermidade grave, que causa muito sofrimento e sem nenhuma cura (MOURA, CAMARGOS, BLIC, 2002). Segundo os autores, isso acontece principalmente pela desinformação dos pacientes, familiares e profissionais da saúde sendo que no caso da doença em crianças, ações devem ser tomadas de maneira efetiva.

É nesse contexto que se percebe a necessidade do atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente da ESF, que deve oferecer atenção ambulatorial efetiva e de qualidade, para que possa, inclusive, evitar internações, tratando precocemente a enfermidade aguda ou controlando a enfermidade crônica, ou seja proporcionando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento regular às crianças acometidas com asma. Além disso, deve-se orientar os pacientes, mas principalmente os pais e os familiares sobre a doença, seus desencadeantes, tratamento e problemas associados.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como mote principal a reorganização da atenção básica no Brasil, baseada nos preceitos do SUS. É considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no país, e além de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, é uma importante ferramenta no que diz respeito à relação custo-efetividade. Uma das características mais importantes dessa equipe é a multidisciplinaridade, pois é composta, normalmente, por médico generalista (especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade); auxiliar ou técnico de enfermagem; dentistas.

Sendo assim, esses profissionais de saúde podem ajudar no entendimento das crianças asmáticas que procurarem uma UBS, por exemplo, procurando sanar o problema e limitar a interferência da doença no modo de viver dos jovens pacientes. Além disso, na opinião de Barnabé e Teixeira (2004), a equipe deve orientar, mas principalmente estimular a família para controlar a situação da doença, primando por garantir um ambiente propício para um paciente que possua asma.

Para Sirena (2011, p. 13):

A maneira como a criança ou adolescente responde a doença crônica depende em grande parte da reação da família a esta nova situação. É possível estabelecer uma relação direta entre o adequado funcionamento da família e o controle e manejo de problemas relacionados à doença, suas complicações e recorrências. As famílias com mais competência são aquelas que reconhecem as necessidades de independência do paciente e são capazes de prover o adequado suporte até que ele possa obter a completa independência para o seu autocuidado.

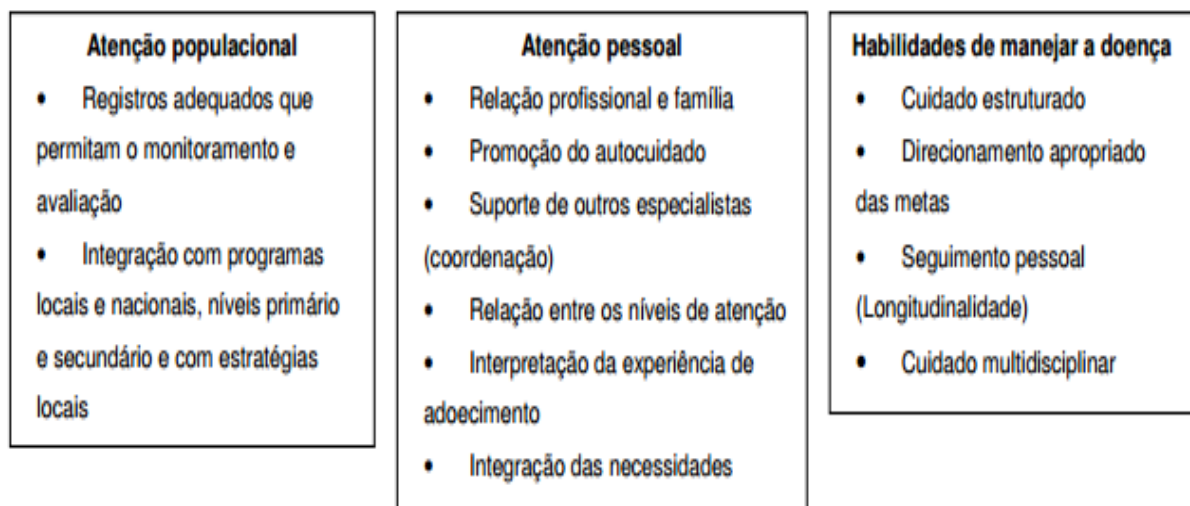
Também deve-se considerar que as equipes de saúde, no que diz respeito ao cuidado qualificado das crianças com doença crônica, mais especificamente a asma, a melhor forma é contar com a família, desenvolvendo e oferecendo apoio e

orientação de modo sistemático, demonstrando que nesse caso a "parceria" entre todos os sujeitos envolvidos no processo da doença é uma importante ferramenta (BARNABÉ, TEIXEIRA, 2004).

Corroborando com o que foi dito e ampliando um pouco mais, Moura, Camargos, Blic (2002) alertam que ações como o monitoramento e a avaliação dos casos de asma em crianças deve ter como finalidade maior identificar consecutivamente as necessidades existente de cada usuário e detectar os problemas que estão impedindo que se tenha o controle da doença. Devem ser levados em consideração, sempre, se os indicadores de processo e resultados foram estabelecidos a partir de estudos de intervenção que apresentaram evidências de melhores resultados.

Wagner *et al* (2001) propõem um modelo de atenção no qual a equipe de saúde deve agir considerando a realidade populacional, a atenção pessoal e as habilidades de manejo da doença.. Trata-se de uma abordagem tripartite que tem importância cada ação isolada, mas também as três devem interagir. A Figura 2 mostra esse modelo.

Figura 3- Modelo tripartite do manejo de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde



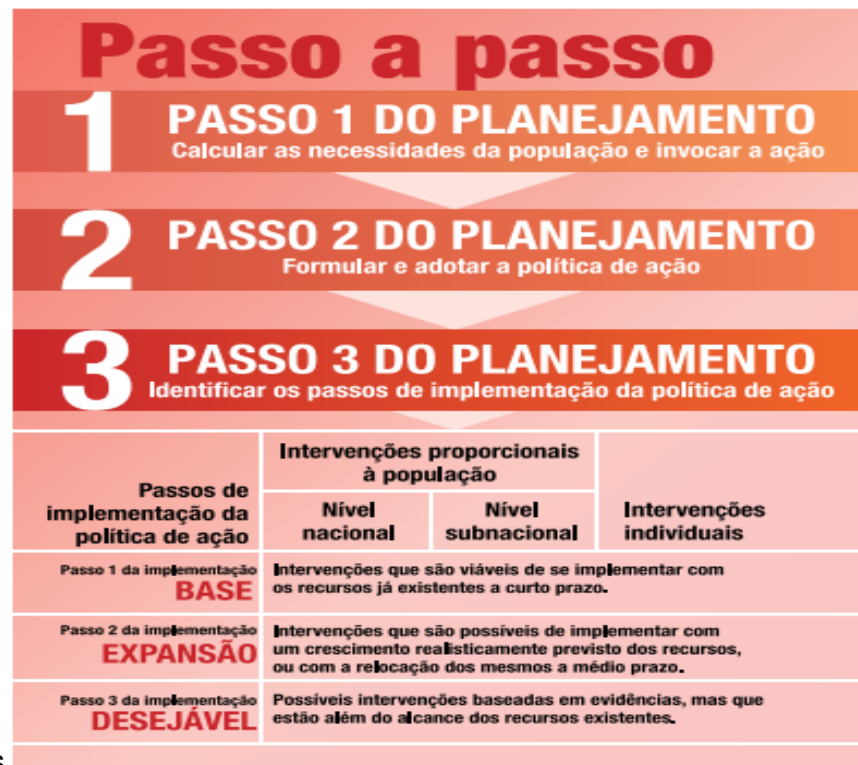
Fonte: Wagner *et al.* (2001)

Analisando esse modelo, pode-se notar que cada "momento" tem sua importância individual, mas o cuidado individual ou pessoal deve interagir com a estratégia populacional, por meio de ações e habilidades para lidar com a doença. É

fundamental o reconhecimento das necessidades da população para a prestação de um saúde focado na pessoa, que permitam decisões clínicas adequadas.

Nessa mesma linha de pensamento, a OPAS (2005), desenvolveu passos de como deve ser feita o planejamento para o pleno atendimento pela ESF às crianças portadoras de asma, de modo que se tenha a possibilidade de aprimorar as ações de prevenção e do controle da doença (Figura 4).

Figura 4 - Planejamento para atendimento pela ESF de crianças



asmáticas

Fonte: OPA (2005)

A partir de toda a percepção sobre o que é a asma, especialmente em crianças, e de qual o papel da Atenção Básica de Saúde, principalmente o papel da ESF no atendimento aos jovens usuários acometidos com crises asmáticas, pode-se os profissionais envolvidos no processo da doença podem desenvolver planos de ação para que possa haver o cuidado estruturado e sistematizado em cada caso, levando em consideração o todo, por meio de ações que permitam que se opere em uma equipe multidisciplinar para o estabelecimento de metas terapêuticas efetivas.

## **5. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **5.1. Identificação do problema e seleção da prioridade para abordagem**

A Asma é uma doença pulmonar crônica, cujos sintomas são distintos entre as pessoas e que pode surgir em épocas diferentes, ao longo da vida do indivíduo, sendo sua prevalência mundial de 11.6% em crianças com idade escolar e de 13,7% em adolescentes(REIS *et al.*, 2010).

Para Bettencourt *et al* (2004) existe uma preocupação quanto a essa prevalência, pois diante da cronicidade da doença, o tratamento da asma em crianças deve ser feito de maneira correta tanto por pais ou cuidadores. Mas para que isso aconteça de forma efetiva, é necessário que eles conheçam os fatores desencadeantes, como deve ser realizado o tratamento e como controlar as crises. A falta de informação sobre a asma é um dos principais fatores responsáveis pelos atendimentos emergenciais e as hospitalizações decorrentes da crise.

Durante a priorização dos problemas, foi observada algumas questões ultrapassam os limites da unidade de saúde, sendo inquietudes relacionadas com o papel do governo em relação aos problemas sociais vigentes, assim como a baixa renda familiar e desemprego.

Diante da seleção e priorização dos problemas no local de estudo, o que mais chamou a atenção pela grande incidência e que apresentava maior capacidade de mobilização tanto da população quanto dos profissionais da equipe foi a questão dos problemas respiratórios, em questão a asma bronquial. Além disso, trata-se de uma população com recursos financeiros limitados, com baixa escolaridade e outros limitantes para a busca de informações sobre a enfermidade decidimos em grupo enfocar nessa proposta.

### **5.2. Descrição do problema e identificação dos nós críticos**

Diante da revisão da literatura e da pesquisa desenvolvida na UBS Petrolândia 1, foi possível descrever as seguintes situações:

- 1) A população não tinha conhecimento sobre a doença, o que faz com que ela não consiga tomar as providencias necessárias para lidar ou evitar com as crises;

- 2) Havia uma dificuldade no manejo das medicações prescritas;
- 3) Desconhecimento sobre como evitar as crises frequentes com algumas medidas preventivas como: afastar o indivíduo dos fatores desencadeantes da doença (poeira, mofo, ácaro, cigarro);
- 4) As pessoas tinham hábitos de vida que não favoreciam a melhora dos sintomas ou a diminuição das crises.

Dessa forma foram eleitos os seguintes nós críticos:

- 1) A falta de informação das famílias de crianças que sofrem de AB sobre a doença;
- (2) O uso correto/incorreto das medicações propostas;
- (3) A falta de uso de medidas preventivas;
- (4) Os hábitos e estilo de vida incorretos;

### **5.3 Operações realizadas para lidar com os nós críticos:**

Para lidar com os nós críticos para o enfrentamento do problema da Asma Brônquica na UBS Petrolina 1 foram realizadas as seguintes operações:

- 1) Realização de um grupo operacional com o objetivo de explicar a definição, fisiopatologia, características da doença e a importância de um controle de crises e manejo das intercrises;
- 2) Realização de uma Oficina com os pais de crianças asmáticas onde apresentamos os tipos de medicações mais comumente utilizadas, seus acessórios (espaçadores) e como utilizar corretamente os mesmos. Deixando claro que não podemos afirmar que seja possível uma cura para tal patologia porém com o uso correto de medicamentos, a doença pode ser controlada, de tal forma que o paciente fique completamente sem sintomas e tenha uma vida normal.
- 3) Construção de encontros para orientação sobre as medidas preventivas e como com coisas do dia-a-dia poderíamos amenizar a ocorrência de crises. Por exemplo: Varrer a casa utilizando um pano úmido ao invés da vassoura habitual, limpar os mofos da casa com água e vinagre, evitar fumar dentro de casa entre outras coisas. Dessa forma conseguimos diminuir as consultas por demanda espontâneas por quadro de AB.

4) Para intervir sobre os hábitos de vida incorretos, uma ação foi desenhada junto com o profissional de fisioterapia na qual realizamos testes respiratórios com todas as crianças e adolescentes envolvidos afim de medir e mostrar aos pais a resistência pulmonar da cada participante, utilizamos o aparelho “respiron” para tal estratégia, logo iniciamos ciclos com algumas atividades físicas como caminhadas leves e alongamentos corporais. Afim de avaliar e comparar a evolução respiratória pós atividade física periódica, juntamente iniciamos um controle alimentar priorizando uma alimentação mais saudável com menos produtos industrializados. Desta forma tínhamos como objetivo mostrar aos pais e aos participantes do projeto que a atividade física não é proibida ao individuo asmático, somente precisa ser equilibrada e que dessa forma pode ser muito útil para o controle e melhora respiratória. Ao final dos encontros todos os participantes melhoraram a resistência respiratória chegando ao nível 2 no “respiron”.

#### **5.4. Resultados**

Utilizamos o espaço físico de nossa unidade de saúde juntamente com recurso humano e o apoio dos profissionais do NASF, para algumas atividades multidisciplinares.

Para informar as famílias sobre a patologia em questão realizamos a formação de um grupo operativo composto por profissional médico e pelas ACS utilizaremos o espaço físico da unidade de saúde com os seguintes recursos: cartazes, imagens e computador pensando em de forma lúdica esclarecer dúvidas e criar inquietudes sobre a doença. Promovendo dessa forma um diálogo entre ESF e comunidade.

Para esclarecer a cerca do uso e quais os medicamentos mais utilizados durante crises e intercrises, dentro desses encontros mensais priorizamos 1 dia para apresentar todas as medicações e forma de uso. Contamos com o apoio da equipe NASF (Fonoaudióloga e Fisioterapeuta) que apresentaram aos participantes as medicações e acessórios (espaçadores, discos e bombinhas) afim de orientar e exemplificar o correto uso dos mesmos.

Sobre a questão das medidas preventivas utilizamos o salão paroquial (maior espaço) para exemplificar juntamente com o apoio das ACS e enfermeira da unidade



como utilizar coisas do dia-a-dia para o controle ambiental. Para isso utilizamos rodo, panos úmidos , vinagre e água demonstrando maneiras práticas de higienizar o lar.

Com a necessidade de demonstrar como os hábitos e estilo de vida são importantes no curso da patologia decidimos por criar um grupo de atividades físicas, com o apoio do fisioterapeuta e nutricionista do NASF . Durante o período intermediário de desenvolvimento do projeto iniciamos com atividades físicas controladas (caminhadas na praça do bairro e alongamentos no pátio da unidade) como recursos motivacionais oferecíamos uma tarde com lanches saudáveis. Utilizamos o aparelho respiron como recurso material para medir a capacidade respiratória antes e pós incorporação da atividade física a rotina semanal.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É de extrema importância o trabalho da Equipe de Saúde da Família no desenvolvimento de estratégias de Intervenção, Prevenção e controle das crises asmáticas em pacientes que apresentam tal patologia visando a uma maior qualidade de vida e contenção de gastos na saúde pública. Entretanto, esse trabalho deve ser realizado em conjunto com a comunidade e os trabalhadores da ESF que devem buscar formas de controlar a exacerbação das crises por meio da aquisição de hábitos de vida mais saudáveis e o controle ambiental ensinado para melhorar a qualidade de vida da população alvo.

## REFERÊNCIAS

- ASENSI, F. D. Direito e usuários e saúde: três representações sobre a relação entre a forma e a alma. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (Orgs.). **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco, 2010. p.15-32.
- BARNABÉ, A. L. C.; TEIXEIRA, L. R. **Vencendo a asma**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Bevilacqua, 2004.
- BETTENCOURT, A. R. C, *et al.* Educação dos pacientes com asma: Atuação do enfermeiro. **J Pneumol**, v. 28, n. 4, p. 193-200, 2004.
- BORGES, W. *et al.* **Asma na infância**: tratamento medicamentoso. Brasília: ANB/ANSS, 2011.
- CRUZ, A. A. *et al.* **Asma**: um grande desafio. São Paulo: Atheneu, 2005.
- FARIA, H P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009 (Caderno de Estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
- FARIA, H. X. **No fio da navalha**: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha-ES. 2010. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória: UFES, 2010.
- LENZ, M. L. M. In: FLORES, R.; LENZ, M. L. M. **Atenção à saúde das crianças e adolescentes com asma**. Porto Alegre: SSC/GHC, 2011. p. 23-40.
- MELO, R. M. B. de; LIMA, L. S. de; SARINHO, E. S..C. Associação entre controle ambiental domiciliar e exacerbação da asma em crianças e adolescentes do município de Camaragibe, Pernambuco. **J. bras. pneumol. [online]**, v.31, n.1, p. 5-12, 2005.
- MELLO JR, R.; MION, J. F. O. **Guia de Avaliação Ambiental do Alérgico**. São Paulo: HC-FMUSP, 2000.
- MOURA, J. A. R.; CAMARGOS, P. A. M.; BLIC, J. Tratamento profilático da asma. **J Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, p. 97-112, 2002.
- OPA. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas**: um investimento vital. Brasília: OPA, 2005
- PRIETSCH, S. O. M. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. **J Pediatria**, Rio de Janeiro 2002, v. 78, n. 5, p. 415-22, 2002.

RENS, C. R. *et al.* **Crise asmática**: o conhecimento dos pais/cuidadores sobre o cuidado no âmbito domiciliar no Distrito Leste de Porto Alegre. Porto Alegre: PPSUS-FAPERGS, 2010

SBPT. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. IV Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2006. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 33, 2006, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: SBPT, 2006.

SIRENA, S. A. Aspectos do cuidado de crianças e adolescentes com uma doença crônica. In: FLORES, R.; LENZ, M. L. M. **Atenção à saúde das crianças e adolescentes com asma**. Porto Alegre: SSC/GHC, 2011. p. 13-14.

SUMI, A. **Asma**. 2012. Disponível em: <<http://www.criasaude.com.br/N1943/doencas/asma.html>>. Acesso em: 24 ago. 2015

WAGNER, E. H. *et al.* Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Affairs, Milwood**, v. 20, n. 6, p. 64-78, nov./dez. 2001.