

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GILBERTO QUEVEDO FREITES

**PLANO DE INTERVENÇÃO A PACIENTES IDOSOS ASMÁTICOS NO
MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ, MINAS GERAIS.**

Diamantina/Minas Gerais

2015

GILBERTO QUEVEDO FREITES

**PLANO DE INTERVENÇÃO A PACIENTES IDOSOS ASMÁTICOS NO
MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ, 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.

Orientador: Prof. Verônica Amorim Rezende.

Diamantina/Minas Gerais

2015

GILBERTO QUEVEDO FREITES

**PLANO DE INTERVENÇÃO A PACIENTES IDOSOS ASMÁTICOS NO
MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Verônica Amorim Rezende.

Examinador 2: Prof. Célia Maria de Oliveira.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu família que foram os grandes responsáveis pela minha posição atual dentro da Medicina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos meus professores, pacientes, amigos e a meus colegas de trabalho do PSF: médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes, recepcionista e serviços gerais por o carinho, companheirismo e dedicação em todos estes anos.

"Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito, um se chama ontem e o outro amanhã. Portanto, hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver".

Dalai Lama

RESUMO

A Asma brônquica das relações e do cuidado ao ser humano. Este trabalho fez um análise dos é uma doença crônica que apresenta uma evolução ascendente quanto á incidência sendo mesurada principalmente pela mortalidade. Tem um caráter progressivo que interfere na qualidade de vida de seus portadores, considerando esse aspecto e o fato de a humanização principais problemas de saúde existente na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Padre Joviano do município Santo Antônio do Itambé-MG, para priorizar-los e dar-lhe uma solução oportuna, e propor estratégias para a elaboração de um plano de ações. Esse análise permitiu afirmar que existe um elevado índice de morbimortalidade dos pacientes idosos asmáticos. Observou-se ainda o baixo nível de informação dos usuários acerca dos cuidados sobre esta doença, dificuldades na mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da asma, a baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde e informação da equipe, a ausência de instrumentos de monitoramento e avaliação dos asmáticos idosos e o não conhecimento as especificidades e os principais fatores causadores de Asma brônquica. Dessa forma, este trabalho objetivou elaborar um Projeto Intervenção a ser implantado pela Equipe de Saúde da Família do município Santo Antônio do Itambé que visa prevenir os distúrbios associados á Asma brônquica em pacientes idosos.

Palavras-chave: asma, idosos, atenção básica em saúde.

ABSTRACT

Bronchial Asthma is a chronic disease with an increasing trend as to the incidence being gauged by mortality rates. Has a progressive interfering in the quality of life of their patients, considering this aspect and the fact that the humanization of relationships and care for human beings. This work has made an analysis of the main existing health problems in the area covered by the Family Health Team Father Joviano the city Santo Antonio do Itambé-MG to prioritize them and give you a timely solution, and propose strategies for developing of an action plan. This analyzes allowed us to state that there is a high morbimortalidade of the asthmatic aged patients. One still observed the low level of information of the users concerning the cares on this illness, difficulties in the change of habits and style of life for the control of the asthma, the low one offers of action of promotion and education in health and information of the team, the absence of instruments of asthmatic monitoramento and evaluation of aged and not the knowledge the specificities and the main .causing factors of bronchial Asthma. Thus, this research aimed to develop an Intervention Project to be implemented by Family Health Team of Santo Antonio do Itambé municipality seeks to prevent disturbances will bronchial asthma in elderly patients.

Keywords: asthma, aged, basic attention in health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
1.1	Contexto do trabalho da Equipe de Saúde da Família Padre Joviano	10
1.2	Diagnostico Situacional	16
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVO	19
4	METODOLOGIA	20
5	BASES CONCEITUAIS	22
6	PROPOSTA DE AÇÃO	27
7	CONCLUSÃO	45
	REFERENCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto do trabalho da Equipe de Saúde da Família Padre Joviano.

O município de Santo Antônio do Itambé foi fundado em 1665 pelos Bandeirantes exploradores de esmeraldas, pedras preciosas, que vieram especialmente dos Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, tendo começado a existir a povoação no ano de 1664. Há evidencia de que os primeiros habitantes da região teriam sido índios. Sabe-se também que durante a exploração de minérios, os escravos garimpavam nos rios e campos (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

A região pertencia ao que na atualidade se chama Estrada Real, que são localidades e estradas que ligavam Diamantina a cidade de Parati, no Rio de Janeiro. Os tropeiros vinham da região da Mata (Serro, Sabinópolis, Guanhães, Rio Vermelho), quando transportavam suas mercadorias (toucinho, carne, cereais,) com destino a Curvelo, Estação do Barão de Guaicui e demais localidades (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

Santo Antônio do Itambé guarda muitas histórias: a prisão do Padre Rolim, na “grotta do padre”; o ourives e jornalista Geraldo Pacheco de Melo, fundador do “Liberal do Serro” em 1828, primeiro jornal da região; terra natal do poeta Adão Ventura; o Pico do Itambé, guia dos bandeirantes e “teto do sertão mineiro”. A antiga Igreja de Santo Antônio ainda guarda vestígios de belas pinturas no forro e no altar-mor (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

O município localiza-se na região nordeste de Minas Gerais, entre duas bacias hidrográficas de Minas Gerais: "Alto Jequitinhonha e Rio Doce", e fica cerca de 260 km de Belo Horizonte, com um tempo gasto de 5 horas aproximadamente da capital do Estado. Encontra-se na Microrregião geográfica de Conceição do Mato Dentro e a Macrorregião de Jequitinhonha. As coordenadas geográficas latitude 18° 28' 1" Sul, Longitude 43° 18' Oeste, situado á 767 metros de altitude (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

O clima é temperado com temperaturas de 10° a 30°, o índice pluviométrico é de cerca de 1300 mm/ano, com chuvas mais frequentes nos meses de outubro a fevereiro. Quanto ao relevo e topografia, o terreno em sua maior parte é arenoso, com bastantes elevações, poucas várzeas e muitas serras e bosques. Os principais

rios que banham o território são o rio Preto e o rio Branco. As famílias da zona rural são servidas por pequenos cursos de água bem distribuídos que abastecem também as pequenas produções agropecuárias (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

A população do município é de 4168 habitantes segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, ocupando um área de 303,857 km², mostrando-se da seguinte forma:

Tabela 1- Distribuição da população do município de Santo Antônio do Itambé segundo a faixa etária e sexo, 2010.

População residente por Faixa etária e Sexo			
Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	57	54	111
1 a 4	192	212	404
5 a 9	152	132	284
10 a 14	202	230	432
15 a 19	219	204	423
20 a 29	375	352	727
30 a 39	336	292	628
40 a 49	245	201	446
50 a 59	185	158	343
60 a 69	102	97	199
70 a 79	79	92	171
80 e +	0	0	0
Ignorada	0	0	0
Total	2144	2024	4168

Fonte: IBGE 2010.

A taxa de crescimento anual da população no período 2000-2010 foi de 0,59%, com uma densidade demográfica de 13,5 ha./km², e um Índice de Desenvolvimento Humano médio (IDH) para o ano de 2010 de 0,635. De acordo com o IBGE (2010), no município existia uma população acima da linha da pobreza de 61,65% e abaixo da linha da indigência e pobreza de 33,04%. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da

linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00 (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

As principais atividades socioeconômicas do município são: pecuária, agricultura e silvicultura (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

A estrutura de saneamento básico do município é razoavelmente boa, conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. O quadro a seguir sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município, segundo IBGE (2010):

Tabela 2- Distribuição percentual da população, segundo o abastecimento de água no município Santo Antônio do Itambé, 2010.

Abastecimento Agua	1991	2000
Rede geral	18,6	29,5
Poço ou nascente (na propriedade)	27,3	64,9
Outra forma	54,1	5,6

Fonte: IBGE 2010.

Tabela 3- Distribuição percentual da população, segundo tipo de instalação sanitária do município Santo Antônio do Itambé, 2010.

Instalação sanitária	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	13,4
Fossa séptica	0,1
Fossa rudimentar	76,5
Vala	1,5
Rio, lago	7,9
Outro escoadouro	0,0
Não sabe o tipo de escoadouro	0,0
Não tem instalação sanitaria	0,6

Fonte: IBGE 2010.

Tabela 4- Distribuição percentual da população segundo tipo de destino de lixo do município Santo Antônio do Itambé, 2010.

Coleta de lixo	2010
Coletado	19,6
Queimado (nas propriedades)	56,5
Enterrado (nas propriedades)	3,2
Jogado	20,7
Outro destino	0,1

Fonte: IBGE 2010.

A situação da educação no município pode ser sintetizada da seguinte forma:

Tabela 5- Distribuição percentual da população, segundo situação alfabetizada do município Santo Antônio do Itambé, 1991-2000.

Proporção da população residente alfabetizada por faixa etária		
Faixa etária	1991	2000
5 a 9	22,9	41,1
10 a 14	71,1	95,4
15 a 19	75,3	92,9
20 a 49	58,1	74,1
50 e +	27,2	38,4
Total	51,2	68,4

Fonte: IBGE 2010.

Em relação à educação no município considera-se que o Índice de Desenvolvimento Humano Educacional foi de 88,3%, a taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos foi de um 62%, e as crianças em idade escolar fora da escola foi de 7% no ano 2010, segundo.

Os recursos educacionais do município estão distribuídos entre duas escolas, uma creche, várias igrejas, uma academia, uma quadra poliesportiva, uma praça e comércios. Também conta-se com os serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e postos de atendimento bancários.

Considera-se ainda que a totalidade da população do município é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). As fontes de recursos financeiros para a saúde são as seguintes: Fundo de Participação Municipal (FPM); Imposto Sobre Serviço de

Quaisquer Naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doenças e as ações básicas de vigilância sanitária. Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do IPVA anual (Portal da Saúde. Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2014). Estes recursos são distribuídos de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 6- Distribuição dos valores repassados fundo a fundo por setor no município Santo Antônio do Itambé.

Setor	Absoluto	%
Atenção básica	134782,16	86,5
Média e alta complexidade	0	0
Vigilância à saúde	5.871,06	3,0
Assistência farmacêutica	7.797,90	5,0
Gestão do SUS	0	0
Investimentos	8,478,00	5,5
Total	153,929,12	100

Fonte: Portal da Saúde. Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, 2014.

Alem disso, o município aplicou no ano de 2014, 153,929,12 reais em saúde, correspondendo a 25% do orçamento municipal. Para o ano de 2014 esperava-se uma redução dos gastos absolutos com saúde em função da redução significativa dos recursos do Fundo de Participação dos Município, principal componente do orçamento municipal (Portal da Saúde. Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2014).

A rede de assistência a saúde do município se organiza do seguinte modo: os encaminhamentos urgentes são direcionados ao Hospital do Serro, localizado no município Serro, enquanto aquelas situações de adoecimento que não podem ser solucionadas dentro do município são encaminhadas para especialistas em Serro e Diamantina.

Conta-se ainda com os atendimentos pelo SUS na Clínica Diamantimagem. Além disso, alguns casos são encaminhados para Belo Horizonte através do Sistema de Regulação (SISREG), como cirurgias e serviço de oncologia. Contamos também com cirurgias no Hospital de Diamantina e Serro (Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2014).

Em relação a media complexidade tem-se uma pediatra, um ginecologista, um cirurgião, assim como psicologia, nutrição e fisioterapia com suas respectivas consultas.

O município conta também com um Conselho Municipal de Saúde composto por quatorze pessoas, sendo o presidente, o secretário municipal de saúde. As reuniões se realizam com uma periodicidade mensal, as últimas quintas de cada mês. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de Saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle de execução da política de Saúde (Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2013).

Como serviço de atenção básica o município possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS), situada no centro da cidade, com um área adequada, um bom espaço físico, uma infra estrutura adequada, está bem equipada e com recursos para o bom funcionamento. Nela estão inseridas duas Equipes de Saúde da Família, duas equipes de Saúde Bucal, que cobrem um total de 4.168 usuários, sendo 1.059 famílias cadastradas. Para apoio as equipes de saúde bucal têm-se o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Não foi implantado na cidade o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A Equipe de Saúde da Família Padre Joviano na qual este trabalho foi desenvolvido e composta por sete microáreas, contemplando nove comunidades: Cipó I, Cipó II, Martins, Tapera, Bagô, Baú, Bagres, Ouro Fino e Água Limpa, situadas na zona rural. A equipe possui uma população de 1.707 pessoas que representam 427 famílias cadastradas, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do município (SIAB), no ano de 2014. A zona rural é muito extensa, as comunidades encontram-se afastadas umas das outras e possuem características diversificadas.

Já a Equipe de Saúde da Família João Baracho é composta por sete microáreas sendo três na sede: Ventosa, São Caetano/Serra, Centro, e quatro na zona rural, são elas: Botafogo, Maria Nunes, Queimadas, Córrego do Pilão, Chico Alves e Campo da Lagoa. Possui uma população de 2.461 pessoas, que representam 632 famílias cadastradas (SIAB, 2014).

As duas Equipes cobrem 100% da população da zona urbana e rural do município e funcionam de segunda a sexta de 7 às 16 horas, contando-se também com uma Unidade da Farmácia Popular de Minas Gerais.

Segundo os dados do SIAB a Equipe Padre Joviano tinha cadastrado no final de 2014, 165 portadores de Hipertensão arterial, 123 portadores de Diabetes, 203 portadores de Asma brônquica e destes 76 são idosos.

As principais causas de Internação no ano de 2014 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do diabetes, asma brônquica, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer. Enquanto que as causas de óbito, identificadas a partir das declarações de óbito (DO) no ano de 2014 foram: pneumonias, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidentes de trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de 12/1000 nascidos vivos, que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

1.2 Diagnostico Situacional

A partir da análise do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família Padre Joviano, que teve como objetivo compreender o perfil e as principais necessidades da comunidade assistida, e da vivência prática como médico da equipe de saúde da família, foram levantadas algumas situações problema para manejo na comunidade. Percebe-se que as principais causas de morbimortalidade da população estão relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis (Hipertensão arterial, Diabetes mellitus e Asma brônquica).

Dentre estes, o problema de maior prevalência foi à asma em idosos. Notou-se que há buscas frequentes de usuários com quadro descompensados e o atendimento prestado por profissionais da saúde não soluciona grande parte dos problemas apresentados pelos idosos portadores de Asma brônquica, ademais são realizadas poucas atividades educativas, as ações educativas são realizadas em salas improvisadas ou em grupos agendados com baixa participação, pois a Equipe não tem programas educativos efetivos.

A partir da constatação deste fato surge a necessidade de elaborar um plano de intervenção que venha amenizar este problema, possibilitando o controle clínico destes pacientes e prevenindo as possíveis complicações.

2. JUSTIFICATIVA

A proposta de desenvolver este trabalho surgiu, a partir da prática como médico da equipe de saúde da família, em que ficou evidente a busca freqüente de usuários asmáticos, especialmente idosos, com quadro descompensado e complicações da doença. Como mencionado, trata-se de uma doença com alta prevalência na comunidade estudada, e que repercute diretamente na qualidade de vida dos usuários, além de aumentar o risco de internações/óbitos, se não estiver controlada. Tem-se ainda que é uma doença passível de ações de prevenção e promoção a saúde que permitem a redução das agudizações desta condição crônica.

Considera-se que a asma tem em todo o mundo um grande impacto econômico, seja por custos diretos ou indiretos, e social, relacionado a perdas de dias de escola e trabalho, assim como ao sofrimento individual e familiar. O custo para o controle da asma é alto, mas certamente os custos do não tratamento da doença são muito maiores tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde (ELAINE *et.al.*, 2012).

Anualmente ocorrem 350.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se na quarta causa de hospitalização pelo SUS (2,3% do total). Há registro de aumento desse número entre 1993 e 1999 e indícios de que a prevalência da asma esteja aumentando em todo o mundo, inclusive no Brasil. Os maiores custos relacionados à asma concentram-se nos atendimentos em emergência e hospitalizações. Em 1996, os custos do SUS com internação por asma foram de 76 milhões de reais, 2,8% do gasto total anual e o terceiro maior valor gasto com uma doença. CAVALCANTI, J.V. *et.al.*, 2006).

A mortalidade por asma é baixa, mas apresenta uma magnitude crescente em diversos países. Nos países em desenvolvimento, ela aumentou nas últimas décadas do século XX, correspondendo a até 10% das mortes por causa respiratória, com elevada proporção de óbitos domiciliares. Estudos isolados apontaram estabilização ou até mesmo redução da mortalidade por asma em algumas cidades de países desenvolvidos na Europa, o que pode estar associado ao melhor reconhecimento e consequente diagnóstico da doença, assim como ao uso mais difundido de medicamentos, com efeito, anti-inflamatório (corticosteroides tópicos) nos últimos anos (JADE, R.L.; MARIANO, M.A., 2009).

A medida que a pessoa envelhece, essa doença torna-se mais persistente, apresentando aumento progressivo do grau de obstrução. Os pulmões ficam alterados mesmo em pessoa saudável, devido ao contato com a poluição atmosférica e com outras agressões, resultando em menor teor de oxigênio. Seu tórax sofre modificação ficando mais rígido, com menos elasticidade, havendo prejuízo das trocas gasosas, com diminuição da difusão do oxigênio, dificultando a respiração, facilitando o aparecimento de gripe e outras infecções (JADE, R.L.; MARIANO, M.A., 2009).

O estado de Mal Asmático, crise intensa com mais de vinte e quatro horas de duração, pode aparecer em qualquer idade, principalmente na velhice, com limitação da função pulmonar. A pessoa fica apreensiva, ansiosa, fatigada, sentada, apoiando-se em outra cadeira, falando e respirando com bastante dificuldade, com o tórax distendido e hipertimpânico. Se seu psiquismo fica alterado, com sonolência ou confusão mental, indica retenção de gás carbônico, acidose gasosa e insuficiência respiratória descompensada. Se o pulso filiforme está acima de 130, frequentemente apresenta hipóxia, com inquietação e cianose (BELLIA V. *et. al.*,2007).

Tem-se ainda que os idosos utilizam mais frequentemente a rede hospitalar, com maior número e tempo de internações e unidades de tratamento intensivo (UTI), além de maior risco de morte. Mais da metade de asmáticos tem outras doenças concomitantes que complicam e influenciam sua terapêutica. A mortalidade pela Asma brônquica acontece muito mais em pessoas idosas (BELLIA V. *et. al.*,2007).

A partir do exposto, torna-se evidente a necessidade de se conhecer os fatores que modificam e/ou dificultam a modificação do estilo de vida dos idosos que são mais acometidos de problemas asmáticos, levando-os a conscientização e assim a maior adesão ao tratamento.

3. OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção para prevenção dos distúrbios associados à asma em pacientes idosos atendidos pela Equipe de Saúde da Família Padre Joviano, do município de Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais.

4. METODOLOGIA

Para subsidiar a abordagem teórica será realizado levantamento bibliográfico do tipo narrativo, com publicações em português, no período de 2004 a 2014, pesquisadas na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual do NESCON. A busca será guiada utilizando as seguintes palavras-chave: asma, idosos, atenção básica em saúde.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento (CAMPOS *et.al.*, 2010).

Realizou-se o Plano de Intervenção seguindo passos para culminar com a realização de um Plano de Ação. A seleção foi feita a partir da análise realizada em conjunto com todos os membros da Equipe de Saúde da Família Padre Joviano, levou-se em consideração os critérios estabelecidos no método de planejamento. O problema de maior prevalência foi à baixa adesão ao tratamento dos pacientes asmáticos idosos. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a etapa seguinte foi à descrição do problema selecionado.

Para a descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados.

Para lograr a melhor explicação do problema a equipe considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação das suas causas.

Foi elaborado então um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas para solucionar e enfrentar a situação.

Identificou-se também os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações, constituindo uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Para isso, foram identificadas três variáveis fundamentais: os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano, os recursos cada

um desses atores controla e a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano (CAMPOS *et.al.*, 2010).

Finalmente para lograr a elaboração de um plano operativo nos reunimos com todas os participantes envolvidos no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Como aspecto dificultador, cabe aqui ressaltar as deficiências dos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

5. BASES CONCEITUAIS

A longevidade constitui-se no maior triunfo da humanidade e um de seus maiores desafios. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve como idoso qualquer pessoa acima de 60 anos de idade, embora nem sempre a idade cronológica seja um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, pois o processo de envelhecimento é contínuo e sem limites definidos - dissociação entre idade biológica e cronológica. Existem importantes variações no estado de saúde, participação e nível de independência entre pessoas mais velhas e da mesma idade (PECHER, 2007).

No Brasil, no final de século XX, houve um acentuado crescimento da população idosa, sendo a faixa etária de 60 anos a que mais cresceu em termos proporcionais, de acordo com as projeções da Organização Mundial de Saúde, o crescimento da população idosa no país será cerca de três vezes maior do que o da população total entre 1950 e 2025, podendo ser considerado um dos mais acelerados do mundo (PRISCILA *et.al.*, 2006).

A Asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores, e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar (RIBEIRO *et. al.*, 2009). Ocorre em ambos os sexos, em todas as idades, em todos os grupos raciais e em todos os níveis econômicos (PECHER, 2007).

Até recentemente, asma era vista quase que exclusivamente como uma condição caracterizada por espasmo da musculatura brônquica. Com os estudos mais recentes, a asma passou a ser considerada como uma doença inflamatória crônica, resultante de uma interação entre genética e exposição ambiental (RIBEIRO *et.al.*, 2009).

A Asma é um problema de saúde pública, com alta prevalência e cuja incidência vem aumentando em todo o mundo. Pode afetar entre 2% e 30% dos habitantes de determinada região (BOITA *et.al.*, 2006). Incide em qualquer idade, com predomínio na infância e adolescência. O estudo multicêntrico ISAAC (*International study of asthma and allergies in childhood*), realizado em 56 países mostrou uma

variabilidade na prevalência de asma ativa em escolares e adolescentes de 1,5% a 37,6% no mundo, com média de 11,6% e 13,7% em escolares e adolescentes, respectivamente. O Brasil encontra-se em 8º lugar com uma prevalência média de 20% (ASHER, M.I. *et al.*, 2006).

Anualmente ocorrem 350.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se na quarta causa de hospitalização pelo SUS (2,3% do total), sendo a terceira causa entre crianças e adultos jovens. Há registro de aumento desse número entre 1993 e 1999 e indícios de que a prevalência da asma esteja aumentando em todo o mundo, inclusive no Brasil. Os maiores custos relacionados à asma concentram-se nos atendimentos em emergência e hospitalizações. Em 1996, os custos do SUS com internação por asma foram de 76 milhões de reais, 2,8% do gasto total anual e o terceiro maior valor gasto com uma doença (ASBAI, S.S. *et al.*, 2006).

A mortalidade por asma é baixa, mas apresenta uma magnitude crescente em diversos países. Nos países em desenvolvimento, ela aumentou nas últimas décadas do século XX, correspondendo a até 10% das mortes por causa respiratória, com elevada proporção de óbitos domiciliares. Estudos isolados apontaram estabilização ou até mesmo redução da mortalidade por asma em algumas cidades de países desenvolvidos na Europa, o que pode estar associado ao melhor reconhecimento e consequente diagnóstico da doença, assim como ao uso mais difundido de medicamentos, com efeito, anti-inflamatório (corticosteroides tópicos) nos últimos anos (SILVA, 2008).

A asma tem, em todo o mundo, um grande impacto econômico, seja por custos diretos ou indiretos, e social, relacionado a perdas de dias de escola e trabalho, assim como ao sofrimento individual e familiar. Dados norte-americanos apontam para um custo total anual de mais de 6 bilhões de dólares associados a asma naquele país. O custo para o controle da asma é alto, mas certamente os custos do não tratamento da doença são muito maiores tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde (Who/Gina, 2007).

Os fatores de risco da Asma podem ser divididos em ambientais e próprios do paciente, como é o caso dos aspectos genéticos, obesidade e sexo masculino (durante a infância). Os fatores ambientais são representados pela exposição à poeira domiciliar e ocupacional, baratas, infecções virais (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da asma é eminentemente clínico e, sempre que possível, a prova de função pulmonar deve ser realizada, para a confirmação diagnóstica e para a classificação da gravidade (BRASIL, 2010).

Os objetivos do tratamento da asma são: controlar os sintomas, prevenir limitação crônica ao fluxo aéreo, permitir atividades normais (trabalho, escola e lazer), manter a melhor função pulmonar possível, evitar crises, idas a serviços de emergências e hospitalizações, reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio, minimizar efeitos adversos dos medicamentos, melhorar a qualidade de vida, reduzir o risco de morte (BRASIL, 2010).

O tratamento da asma é baseado em três tipos de abordagens: ação educativa, cuidados ambientais e tratamento farmacológico (BRASIL, 2010).

Abordagem educativa: a educação para o autocuidado e autonomia do paciente é um dos pilares do tratamento da asma. Deve estar direcionada aos usuários e aos seus cuidadores, objetivando o controle da doença e melhoria da adesão ao tratamento. No processo de educação às pessoas com asma, todos os membros da equipe de saúde devem estar envolvidos. A educação em asma deve ser um processo permanente, realizado a cada encontro com o paciente e a equipe de saúde.

Cuidados ambientais: não há evidências científicas robustas para embasar recomendações generalizadas para controle do ambiente domiciliar no paciente com asma. Nenhuma medida simples é eficaz em reduzir a exposição a alérgenos do ácaro. Nem medidas físicas nem os métodos químicos testados para o controle da exposição ao ácaro são eficazes no controle clínico da asma. Todavia, o ácaro presente na poeira domiciliar está associado à sensibilização e desenvolvimento da asma e intervenções múltiplas conjuntas para limpeza domiciliar, e métodos de físicos para o controle da exposição ao ácaro têm demonstrado algum benefício em população de baixa renda nos Estados Unidos da América.

A exposição ao tabaco tanto pré-natal quanto pós-natal está associada com efeitos pulmonares nocivos, como desenvolvimento de sibilância na infância. Há pouca evidência que tabagismo materno durante a gestação tenha efeito na sensibilização a alérgenos no feto, mas o tabagismo passivo aumenta o risco de sensibilização na infância.

Outros cuidados: muitos estudos demonstram a associação de poluentes externos do ar com exacerbação de sintomas de asma. Quando não há como evitar a exposição, seguir alguns cuidados: evitar atividades físicas ao ar livre, especialmente em dias frios, evitar baixa umidade ou exposição em dias com muita poluição, evitar fumar e evitar ambientes fechados com pessoas fumando.

A asma ocupacional é bem descrita e a principal intervenção é o afastamento do contato com o alérgeno ocupacional responsável pelo desenvolvimento da asma. O desenvolvimento de asma por alergia alimentar é incomum e pode acontecer em crianças mais jovens. Não é necessário evitar o alimento a não ser que a associação esteja evidentemente demonstrada. Nesse caso evitar a alimentação pode reduzir a sensibilização.

O tratamento farmacológico não reduz a necessidade de ações educativas para diminuir a exposição a fatores agravantes/desencadeantes e para o controle da doença, especialmente a exposição ao tabagismo, ativo ou passivo. Essas ações devem ser realizadas em todos os casos de asma. Os pacientes devem entender a diferença entre tratamento de manutenção e o tratamento das exacerbações (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que a introdução precoce dos medicamentos antiinflamatórios reduz a frequência de asma aguda e pode resultar em melhor preservação da função pulmonar em longo prazo, além de prevenir o remodelamento das vias aéreas (BRASIL, 2010).

Deve-se instituir o tratamento de acordo com a classificação de gravidade, utilizando-se a menor dose que possa controlar os sintomas. Após um período de três meses, pode-se tentar reduzir a dose da medicação anti-inflamatória em uso e reavaliar as condições clínicas e, eventualmente, espirométricas do paciente (BRASIL, 2010).

Se o controle não for obtido, deve-se reavaliar a adesão à medicação prescrita, equívoco na técnica de uso dos medicamentos inalatórios, presença de fatores agravantes ou desencadeantes, tais como rinite alérgica não tratada, infecções virais, exposição a alérgenos, entre outros (BRASIL, 2010).

As medicações para asma podem ser classificadas em duas categorias, a saber, aquelas para controle e prevenção das exacerbações e outras manifestações da

doença (dispneia e tosse aos esforços físicos, despertares e tosse noturnos) e aquelas para alívio das exacerbações. As vias de administração podem ser oral, inalatória ou parenteral (BRASIL, 2010).

Deve-se sempre dar preferência à via inalatória devido à menor absorção sistêmica, maior eficácia e menor taxa de efeitos colaterais. Os corticoides inalatórios são os principais medicamentos para controle da asma, e os beta-agonistas de ação rápida associados aos corticoides sistêmicos são os mais efetivos para o alívio das crises, tanto em crianças quanto em adultos de qualquer idade (BRASIL, 2010).

Apesar de todos os avanços científicos, a asma continua sendo um fator de sofrimento, comprometendo a qualidade de vida do paciente. Como solução para o problema, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Controle da Asma (PNCA). Em 09 de dezembro de 1999 é assinado a Portaria que o instituiu oficialmente. O PNCA visa oferecer atenção padronizada ao asmático em toda a rede Pública de Saúde. Dentre as atividades do Programa pode-se ressaltar a garantia de fornecimento gratuito de anti-inflamatório inalatório, (usado para prevenir os sintomas) e um b2- adrenérgico de curta duração de uso inalatório (usado para melhora dos sintomas agudos) e treinamento para profissionais de saúde (SOUZA L.N.S.; VOLQUIND G.G.; LAZZAR C.A, 2005).

6. PROPOSTA DE AÇÃO

O objetivo da proposta de intervenção é prevenir os distúrbios associados à Asma brônquica nos pacientes idosos e abordar as formas de tratamento e prevenção desta. As metas a serem alcançadas com a implementação deste projeto são: diminuição do índice de morbimortalidade dos portadores idosos de asma, prevenção dos agravos evitáveis, maior adesão ao tratamento proposto, empoderamento de conhecimentos para o cuidado com a saúde. Nessa perspectiva, a proposta de intervenção para a ESF Padre Joviano do município Santo Antônio do Itambé-MG foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir.

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Para obter os dados e identificar os problemas utilizou-se as três fontes principais de coleta do método estimativa rápida (CAMPOS *et. al.*, 2010).

- Na observação ativa na área: desenvolvida no cotidiano de trabalho na ESF pelo médico, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
- Dialogo e interação com a comunidade a partir dos atendimentos realizados. Nos registros:
- Utilizamos os prontuários dos usuários, plano de saúde municipal, feito recentemente no ano 2014 e demais registros existentes na UBS, assim como registros do hospital de Serro.

Os principais problemas identificados durante a realização do diagnóstico situacional da ESF Padre Joviano foram:

- Falta de capacitação dos profissionais da Equipe para o acolhimento.
- Não aplicação por os profissionais do Protocolo de Manchester na classificação de risco.
- Elevado índice de morbimortalidade dos portadores idosos de asma.
- Alta incidência de pacientes idosos que moram sozinhos no município.
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas.

Após identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência foi necessário priorizar um problema. No momento o que tem maior relevância para a equipe é o elevado índice de morbimortalidade dos portadores idosos de asma. Para priorizar o problema foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS *et. al.*, 2010), conforme a tabela apresentada abaixo:

Tabela 7- Classificação das prioridades para os problemas de saúde identificados no ESF Padre Joviano.

Principais problemas	Impor tância	Urgên cia	Capacidade de enfretamento	Seleção
Falta de capacitação dos profissionais da Equipe para o acolhimento.	Alta	6	parcial	3
Não aplicação por os profissionais do Protocolo de Manchester na classificação de risco.	Alta	6	Parcial	2
Elevado índice de morbimortalidade dos portadores idosos de asma.	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de pacientes idosos que moram sozinhos no município.	Alta	4	Parcial	4
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.	Alta	4	Parcial	5

Depois de estabelecer a ordem de prioridade foram classificados da seguinte forma os problemas identificados na comunidade:

1. Elevado índice de morbimortalidade dos portadores idosos de asma.
2. Não aplicação por os profissionais do Protocolo de Manchester na classificação de risco.
3. Falta de capacitação dos profissionais da Equipe para o acolhimento.

4. Alta incidência de pacientes idosos que moram sozinhos no município.
5. Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

Terceiro Passo: Descrição do problema

Buscando elaborar uma proposta de intervenção foram analisados dados como do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2014, do município, onde desde o mês de janeiro até o mês de julho do 2014 o ESF Padre Joviano apresentou 206 pacientes asmáticos, o que corresponde a 12,0% da população total da equipe. Destes 76 pacientes são idosos, o que corresponde a 4,4% do total da população. Enquanto isso, 105 usuários são portadores de diabetes e 120 portadores de Hipertensão arterial, o que demonstra que a asma tem maior prevalência na comunidade entre os agravos e doenças crônicas não transmissíveis.

Analisando ainda os dados levantados por os Agentes Comunitários de Saúde nota-se que aproximadamente 63 % da população asmática neste grupo não conhecem ou desconsideram as possíveis causas de não adesão aos programas educativos e os principais agentes causadores desta doença. É preciso que se considerem as agendas de trabalhos dos profissionais da equipe, onde percebem-se lacunas no atendimento por falta de disponibilização de maior tempo para atendimento da demanda, cerca de 25% dos pacientes deixam de ser atendidos. Os trabalhos que são agendados e divulgados pela equipe tem baixa participação desses indivíduos sendo que apenas 15% participam.

Tabela 8- Distribuição dos pacientes idosos asmáticos por micro áreas na ESF Padre Joviano. 2014.

Micro Área	Asmáticos idosos	Residem sozinhos	Paciente e/ou cuidador Analfabeto	Não adesão ao tratamento
Martins	8	2	3	6
Tapera	7	1	2	4
Bagô	11	0	1	9
Baú	7	1	3	6
Ouro Fino	9	0	4	5

Água Limpa	10	2	0	7
Cipo I	9	1	3	5
Cipo II	8	0	1	4
Bagres	7	1	2	5
Total	76	8	19	51

Fonte: SIAB, 2014.

Quarto Passo: Explicação do problema

Geralmente existem muitas causas geradoras do problema, priorizei duas causas que são importantes.

Causas relacionadas ao processo do trabalho da equipe: o atendimento prestado por profissionais da saúde não soluciona grande parte dos problemas apresentados pelos idosos portadores de Asma brônquica porque a equipe não conhece as especificidades e os principais fatores causadores de Asma bronquial, tem baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde acerca desta doença e não tem instrumentos de monitoramento e avaliação dos asmáticos idosos.

Causas relacionadas ao paciente: baixo nível de informação sobre a doença, dificuldades para seguir as orientações, resistência para a mudança do estilo de vida, traços culturais persistentes, escolaridade e baixo nível socioeconômico.

Quinto passo: Seleção dos mais críticos

Considerando os problemas apresentados, assim como as causas relacionadas aos pacientes e profissionais da equipe é possível que se levante como principais entraves a falta de participação e aceitação por parte da população em relação ao seu auto cuidado, além de despreparo de alguns profissionais no atendimento a asma.

Foram considerados os seguintes nos críticos:

Hábitos e estilos de vida: dificuldades na mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da asma.

Processo de trabalho: baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde e informação da equipe, ausência de instrumentos de monitoramento e avaliação dos

asmáticos idosos e a equipe não conhecem as especificidades e os principais fatores causadores de Asma brônquica.

Nível de informação do pacientes: baixo nível de informação dos usuários acerca dos cuidados com asma.

Sexto passo: Proposta de operações para resolução dos mais críticos

Foi realizado o desenho das operações considerando os seguintes objetivos: descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nos críticos, identificar os resultados e os produtos esperados, ademais de identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS *et.al.*, 2010).

Quadro 1- Proposta de operações para resoluções dos nós críticos.

Problemas	Ações	Responsáveis	Recursos	Cronograma
A equipe não conhece as especificidades e os principais fatores causadores de Asma brônquica.	Organizar apresentar relatório sistemático, onde seja possível perceber e identificar quais os principais fatores causadores de Asma brônquica, para que sejam elaboradas as atividades a serem realizadas.	Enfermeiro.	Material de escritório.	Julho 2014 a Setembro 2014.
	Realizar capacitação permanente dos profissionais da equipe.	Enfermeiro.	Material de escritório.	Julho 2014 a Setembro 2014.
Baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde acerca da Asma brônquica .	Sensibilizar a Equipe abaixo do orientar os pacientes sobre a importância do tratamento regular e mudanças nos hábitos e estilos de vida.	Enfermeiro. Médico. Profissionais de equipe multidisciplinar.	Recursos humanos. Folder. Panfletos. Material de informática.	Julho 2014 a Julho 2015.
	Sensibilizar a equipe a estimular para que oriente o paciente a se auto cuidar.	Enfermeiro. Médico. Profissionais de equipe multidisciplinar.	Recursos humanos. Material de informática.	Julho 2014 a Julho 2015.
	Realizar capacitação com profissionais	Enfermeiro.	Livros.	Julho 2014 a

	multidisciplinar orientando o atendimento ao portador idosos de Asma brônquica para ministrarem as palestras mensalmente a esse grupo.	Médico. Profissionais multidisciplinares.	Material didático. Material de informática. Material de escritório.	Julho 2015.
Ausência de instrumentos de monitoramento e avaliação dos asmáticos idosos	Realizar monitoramento efetivo de 100% aos pacientes asmáticos idosos da área abrangência, realizando busca ativa dos faltosos em consulta e atividades educativas para orientação e sensibilização dos mesmos.	Enfermeiro Médico.	Recursos humanos. Panfletos. Material de informática.	Julho 2014 a Julho 2015.
	Realizar agendamento das consultas para avaliação dos pacientes e interação profissional usuário.	ACS. Técnico de enfermagem.	Material de escritório. Material de informática.	Junho 2014.
Pouco conhecimento dos pacientes, familiares e comunidade, sobre a Asma brônquica e suas complicações.	Desenvolver atividade educativas por meios de ações individuais e/ou coletiva, de promoção da saúde com a comunidade sobre a Asma brônquica.	Enfermeiro. Médico.	Recursos humanos. Folder. Panfletos. Material de informática.	Mai 2014 a Junho 2014.
	Estabelecer junto a equipe estratégias que possam favorecer a adesão ao grupo operativo.	Enfermeiro.	Livros. Material	Mai 2014.

			didático. Material de informática. Material de escritório.	
	Criar parcerias com profissionais multidisciplinares para ministrarem palestras periódicas com os pacientes idosos asmáticos da ESF.	Enfermeiro. Médico. Gestor Municipal de Saúde.	Material de escritório.	Maio 2014 a Junho 2014.

Quadro 2- Apresentações dos nós críticos, ações e resultados.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Dificuldades na mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da asma em idosos.	Saúde é vida Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos pacientes asmáticos, familiares e comunidade.	Conscientizar os pacientes asmáticos, familiares e comunidade sobre a importância de hábitos saudáveis. Estimular a colaboração entre os diferentes serviços públicos (Educação, Esporte).	Programa de alimentação saudáveis. Acompanhamento com educador físico e fisioterapeuta na realização de atividades físicas.	Organizacionais: Implantação das consultas de nutrição. Cognitivo: Informações sobre o tema. Políticos: Conseguir espaço locais. Financeiros: Folhetos educativos Recursos áudio visuais
Processo de trabalho: Baixa oferta de ações de prevenção e educação em saúde acerca da Asma brônquica.	Mais conhecimento Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador idoso de Asma brônquica Sensibilizar a equipe e estimular para que oriente o paciente. Propor agenda programada para	Realização de atividades de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários.	Programação mensal das atividades (Palestras). Desenvolvimento de atividades de promoção e educação de saúde com os pacientes idosos asmáticos (Grupos, Caminhadas).	Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores. Econômicos: Recursos audiovisuais, panfletos, materiais para capacitação. Organizacionais: Organização das atividades da equipe. Cognitivos: Sensibilização da equipe.

	controle e monitoramento de asmáticos. Realizar grupos operativos.			
Processo de trabalho: Baixo nível de informação da equipe acerca da Asma brônquica.	Mais conhecimento Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador idoso de Asma brônquica. Sensibilizar a equipe e estimular para que oriente o paciente.	Realização de atividades de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários.	Capacitação técnica da equipe.	Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores. Econômicos: Recursos audiovisuais, panfletos, materiais para capacitação. Organizacionais: Organização das atividades da equipe. Cognitivos: Sensibilização da equipe.
Nível de informação do pacientes: Baixo nível de informação dos usuários acerca dos cuidados com asma.	Saber mais. Aumentar o nível de informação do usuário, família e comunidade sobre a Asma brônquica.	Pacientes mais informados sobre a Asma brônquica.	Avaliação do nível de informação dos pacientes. Grupos operativos.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e apoio da equipe. Organizacionais: Organização da agenda

				<p>para as campanhas educativas e outras ações.</p> <p>Políticos: Parceria com o setor, mobilização social e apoio a gestão.</p> <p>Financeiros: Aquisição de materiais educativos.</p>
Ausência de instrumentos de monitoramento e avaliação dos asmáticos idosos		Alcançar o planejamento adequado das ações de saúde.	Buscas ativas de usuários faltosos.	<p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.</p> <p>Organizacionais: Organização das atividades da equipe.</p> <p>Cognitivos: Sensibilização da equipe.</p>

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Considerando a proposta de ações apresentadas acima, é perceptível que os gastos a serem demandados para a execução deste projeto de intervenção são totalmente viáveis, pois a Secretaria de Saúde já dispõe de recursos humanos para as operações, além do que os recursos materiais são também fornecidos por ela, considerando os benefícios a serem alcançados.

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano.

Foi realizada a análise de viabilidade do plano, identificou-se os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problemas para definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidades para o plano (CAMPOS *et.al.*, 2010).

Quadro 3- Proposta de ações para motivações dos atores.

Operação /projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saúde é vida: Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos pacientes asmáticos idosos.</p>	<p>Organizacionais: Implantação das consultas de nutrição. Políticos: Conseguir locais para realizar as atividades educativas.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária da Saúde. Secretario Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família. Profissionais multidisciplinar.</p>	Favorável.	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Equipe, apresentação e discussão de dados. Realizar campanha que incentive a pratica de exercícios físicos.</p>
<p>Mais conhecimento Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador idoso de Asma brônquica. Sensibilizar a equipe e</p>	<p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores. Organizacionais: Organização das atividades da equipe. Cognitivos: Sensibilização</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária da Saúde. Secretario Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família.</p>	Favorável.	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, apresentação e discussão de dados com os gestores. Realizar capacitação de profissionais da Equipe de Saúde da Família.</p>

estimular para que oriente o paciente.	da equipe.	Profissionais multidisciplinares.		
Saber mais. Aumentar o nível de informação do usuário, família e comunidade sobre a Asma brônquica.	Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas educativas e outras ações. Políticos: Parceria com o setor, mobilização social e apoio a gestão. Financeiros: Aquisição de materiais educativos.	Coordenador da Atenção Primária da Saúde. Secretário Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família. Profissionais multidisciplinares.	Favorável.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura municipal. Discutir com a equipe os resultados esperados e analisá-lo. Construir alternativas de atendimento aos idosos portadores de Asma brônquica, controlando a participação desses no grupo educativo.

Nono passo: Elaboração do plano operativo:

O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações (CAMPOS *et.al.*, 2010).

Quadro 4- Elaboração do plano operativo.

Plano operativo ESF Padre Joviano					
Operação /Projeto	Resultados esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde é vida	Estimular a modificação dos	Programa de Nutrição. Acompanhamento com	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de	Médico e Enfermeira.	12 meses subsequentes.

	hábitos e estilos de vida dos pacientes idosos asmáticos, familiares e comunidade. Parcerias entre os serviços públicos de Saúde e Esporte.	educador físico e fisioterapeuta na realização de atividades físicas.	Saúde, apresentação e discussão de dados. Realizar campanha que incentive a prática de exercícios físicos.	Coordenador da ESF. Secretário Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família: Padre Joviano. Fisioterapeuta.	
Mais conhecimento	Realizar atividades de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários.	Programação mensal das atividades. Capacitação técnica da equipe. Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com os pacientes idosos asmáticos.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, apresentação e discussão de dados com os gestores. Realizar capacitação de profissionais da rede de atenção.	Médico. Enfermeira. Coordenador da ESF. Secretário Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família: Padre Joviano. Fisioterapeuta.	12 meses subsequentes.
Saber mais.	Pacientes, familiares e comunidade mais informados sobre a Asma brônquica.	Avaliação do nível de informação dos pacientes, familiares e comunidade. Grupos operativos.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura municipal. Discutir com a equipe os	Enfermeira. Coordenador da ESF.	12 meses subsequentes.

			<p>resultados esperados e analisá-lo.</p> <p>Construir alternativas de atendimento aos idosos portadores de Asma brônquica, controlando a participação desses nos grupos educativos.</p>		
--	--	--	--	--	--

Décimo passo: Plano de gestão.

Neste momento é descrita a gestão do plano, cujos objetivos são discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Após a implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação (CAMPOS *et.al.*, 2010).

Quadro 5- Acompanhamento do plano do ação.

Operação	Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saúde é vida	Programação de caminhadas orientadas e ginástica. Programa de Nutrição.	Equipe de Saúde da Família. Coordenador da ESF. Secretario Municipal de Saúde. Profissionais multidisciplinares.	12 meses subsequentes.	Alto índice de morbimortalidade relacionados com os pacientes idosos asmáticos. Os pacientes não praticam atividades físicas e em sua maioria não possui hábitos alimentares saudáveis.	Faz-se necessário: Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos pacientes asmáticos idosos. Principalmente alimentação, atividade física e auto cuidado. Estimular a colaboração entre os serviços públicos.	12 meses subsequentes.
Mais conhecimento	Programação mensal das atividades (Consultas médicas, de	Equipe de Saúde da Família. Coordenador da ESF. Secretario Municipal	12 meses subsequentes.	Dificuldade da Equipe de orientar, estimular o paciente pelo sua auto cuidado, dificultando	Necessidade de sensibilizar, orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado aos pacientes	12 meses subsequentes.

	<p>enfermagem e grupos operativos). Capacitação técnica da equipe. Desenvolvimento de atividades de promoção de saúde com os pacientes idosos asmáticos.</p>	<p>de Saúde. Profissionais multidisciplinares.</p>		<p>o tratamento. Os profissionais da saúde não estão preparados para solucionar problemas dessa doença durante o atendimento prestado. Os pacientes, familiares e comunidade não conhecem a doença e suas possíveis complicações.</p>	<p>asmáticos idosos.</p>	
Saber mais.	<p>Avaliação do nível de informação dos pacientes, familiares e comunidade. Aumento de informação sobre Asma brônquica e</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. Coordenador da ESF. Secretario Municipal de Saúde. Profissionais multidisciplinares.</p>	<p>12 meses subsequentes.</p>	<p>Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores idosos de asma brônquica, enfocando a promoção da saúde.</p>		<p>12 meses subsequentes.</p>

	adesão ao tratamento. Campanhas educativas. Grupos operativos.			As condições culturais e socioeconômicas interferem na aceitação e adesão do tratamento.		
--	--	--	--	---	--	--

As ações propostas sejam realmente efetivas em parceria com a Secretaria de Saúde, Equipe de Saúde, população idosas asmáticas, seus familiares e a comunidade em geral. Proporcionando momentos de reflexões, autonomia e governabilidade nos tratamento de saúde.

7. CONCLUSÃO

Este projeto de intervenção permitiu a equipe da ESF Padre Joviano, conhecesse a realidade em relação a Asma brônquica nos pacientes idosos em sua área de abrangência. Percebe-se ainda que a equipe encontra-se despreparada para o atendimento e acolhimento desses pacientes.

Esta proposta de intervenção busca implantar ações de melhoria na capacitações de profissionais e usuários no controle desta doença, assim como aos familiares e comunidade em geral. É importante e necessário criar estratégias de promoção e prevenção de saúde, voltadas para a manutenção ou reabilitação das capacidades funcionais e aspetos psicossociais dos pacientes para que possam manter seu bom estado saúde.

REFERÊNCIAS

- ASBAI, S.S. *et al.* IV Diretrizes Brasileiras no Manejo da ASMA. **Rev Bras Alergia Imunopatol**, vol.29, n.5, p.222-45,2006. Disponível em: <http://www.asbai.org.br>. Acesso em: 19 Jun. 2014.
- ASHER, M.I. *et al.* Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. **Lancet**, vol. 368, p.733-43,2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 19 Jun. 2014.
- BELLIA, V. *et al.* Asthma in the elderly: mortality rate and associated risk factors for mortality. **Chest** 2007; 132(4): 1175-82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.
- BOITA, F. *et al.* Evaluation of pulmonary function in the elderly. **Rev Mal Respir.** 2006; 23(6): 619-28. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 19 Jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Cader.de Atenção Básica**, n.25. Brasília, DF: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência á Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- CAMPOS, F.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação de Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- CARNEIRO, A.D. *et al.* Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(3): 756. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso: 17 de agosto de 2014.
- CAVALCANTI, J.V. *et al.* Técnica de oscilações forçadas na análise da resposta broncodilatadora em voluntários sadios e indivíduos portadores de asma brônquica com resposta positiva. **J Bras Pneumol**. 2006; 32(2): 91-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.

ELAINE, D. *et.al.* Custos diretos e indiretos da asma: revisão de literatura. **Rev. bras. alerg. imunopatol.** 2012; 35(6): 234-239. Disponível em: <http://www.asbai.org.br>. Acesso em: 19 fev. 2014.

FARIA, H.P. *et. al.* **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo: 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.

JADE, R.L.; MARIANO, M.A. Consideraciones especiales en pacientes mayores de 60 años con asma. **NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX.** Vol. 68(S2):S195-S201, 2009. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/>. Acesso: 17 de agosto de 2014.

PECHER, S.A. Asma brônquica no idoso. **Rev. Para. Med.**, Belém, 2007; 21(3). Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br>. Acesso em: 19 fev. 2014.

Portal da Saúde. Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <http://mg.transparencia.gov.br/>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.

Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais. 2013.

PRISCILA, M.S.B. *et.al.* Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Rev Saúde Pública.** 2006; 40(3): 428-35. Disponível em: <http://www.scielosp.org>. Acesso em: 19 fev. 2014.

RIBEIRO, *et. al.* Correlação dos achados clínicos com os parâmetros funcionais em idosos portadores de asma. **Rev Port Pneumol.** 2009; 15(6): 1029-1041. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt>. Acesso em: 20 Agos. 2014.

SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ. Minas Gerais. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Estratégia Saúde da Família, 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, 2014.

SILVA, E.C.F. Asma Brônquica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2008;7(2):33-57. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/asbai.org.br>. Acesso em: 19 Jun. 2014.

SOUZA L.N.S.; VOLQUIND G.G.; LAZZAR C.A. Tratamento de asma no idoso atendido em uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre. **Mom Perspectiv Saúde**. 2005;18(2):29-34. Disponível em: <http://www.ghc.com.br>. Acesso em: 19 Jun. 2014.

Who/Gina Executive Committee. Global Initiative for Asthma/Global Strategy for Asthma Management and Prevention. **Update**, 2007. Disponível em www.ginasthma.org. Acesso em: 19 Jun. 2014.