

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Vitor Vieira Estephanin**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DO SUB-DIAGNÓSTICO  
DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA PRATA, EM LAJINHA, MINAS GERAIS**

**Lajinha, Polo Ipatinga,  
2020**

**Vitor Vieira Estephanin**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DO SUB-DIAGNÓSTICO  
DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA PRATA, EM LAJINHA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa Dra Selme Silqueira de  
Matos

**Lajinha**

**2020**

*“...A vida tem valor e você tem valor diante da vida.”*

(William Shakespeare)

**Vitor Vieira Estephanin**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DO SUB-DIAGNÓSTICO  
DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA PRATA, EM LAJINHA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa Dra Selme Silqueira de Matos

Banca examinadora

Profa Dra Selme Silqueira de Matos- UFMG

Profa Dra Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, .....em de .....de 2020

Dedico este trabalho primeiramente a Deus pelo dom da sabedoria. Aos meus pais, que sempre acreditaram em meu potencial. Aos meus familiares, amigos e a minha namorada, que depositaram toda a confiança em mim. Por fim, a todos os professores envolvidos por todo o suporte fornecido para que esse esforço em conjunto se tornasse realidade.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus pela vida que Ele me concedeu.

Agradeço aos meus pais Hágara e Ocimar por todo o esforço investido na minha educação.

Agradeço aos meus familiares e amigos por todo o apoio fornecido ao longo desta jornada.

Agradeço à minha namorada Erika que sempre esteve ao meu lado durante o meu percurso acadêmico.

Sou grato pela confiança depositada na minha proposta de projeto pela minha professora Prof<sup>a</sup>. Dra. Selme Silqueira de Matos, orientadora do meu trabalho. Obrigado por me manter motivado durante todo o processo.

Por último, quero agradecer também à Universidade Federal de Minas Gerais e todo o seu corpo docente por todo o suporte fornecido para a concretização deste trabalho.

## RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma doença de grande impacto na saúde pública mundial e nacional, com amplo espectro de gravidade, de acordo com sua classificação. Este plano de intervenção tem como objetivo elaborar projeto de intervenção para identificação do sub-diagnóstico da doença pulmonar obstrutiva crônica na comunidade adscrita à equipe de saúde da família da Estratégia de Saúde da Família Prata, do município de Lajinha, Minas Gerais, exposta à fatores de risco ao seu desenvolvimento. Foi realizada uma busca na literatura, utilizando sites de busca como *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Banco de Dados de Enfermagem, publicações do Ministério da Saúde, entre outros. A busca foi guiada utilizando os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde, Doença Pulmonar obstrutiva crônica; Tabagismo, Fatores de risco. Espera-se que com a implementação do plano de intervenção na comunidade de na comunidade adscrita à equipe de saúde da família da estratégia de saúde da família Prata, do município de Lajinha, Estado de Minas Gerais ocorra uma redução no alto nível de sub diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica.

Palavras-chave: Atenção Primária de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Tabagismo. Fatores de risco.

## **ABSTRACT**

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a medical condition with a great impact on global and national public health, and a wide spectrum of severity, according to its classification. This intervention plan aims to develop a project to identify the sub-diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the community assigned to the family health team from Prata, at the municipality of Lajinha – Minas Gerais, exposed to risk factors for its development. A systematic search of the literature was carried out, using tools such as: Scientific Electronic Library On-line, Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Data Bank Nursing, guidelines from the Ministry of Health, among others. The search was guided using the following descriptors: Family Health Strategy; Primary Health Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Smoking Risk Factors. It is expected that with the implementation of the intervention plan in the community assigned to the family health team from Prata, at the municipality of Lajinha, state of Minas Gerais, there will be a reduction in the high level of underdiagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Key words: Primary Health Care. Family Health Strategy Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Risk Factors.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Aspectos demográficos da UBS da Prata, no município de Lajinha, Minas Gerais, em 2019	16
Quadro 2- Aspectos epidemiológicos UBS da Prata, no município de Lajinha, Minas Gerais, em 2019	17
Quadro 3 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Prata, do município de Lajinha, Estado de Minas Gerais	22
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “O tabagismo como principal fator de risco ao desenvolvimento da DPOC e sua alta taxa de prevalência na comunidade adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF - Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais	36
Quadro 5 -Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Nível de informação da equipe acerca da suspeita clínica e diagnóstico da DPOC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da ESF Prata, do município de Lajinha, estado de Minas Gerais	38
Quadro 6 -Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Estrutura de serviços à saúde a melhorar de forma a possibilitar o acesso ao método de confirmação diagnóstica (Espirimetria)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais.	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BDENF	Banco de Dados da Enfermagem
DM	Diabetes mellitus
E-SUS	Plataforma Eletrônica do SUS
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Francisco Justo Ribeiro	18
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Francisco Justo Ribeiro	19
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Prata	19
1.7 O dia a dia da equipe Equipe de Saúde da Família Prata	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	21
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	23
<b>3 OBJETIVOS</b>	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
<b>4 METODOLOGIA</b>	26
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	27
5.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	27
5.2 Prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no mundo, na América Latina e no Brasil	28
5.3 Principais medidas de controle do tabagismo implementadas no Brasil	29
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	42
<b>REFERÊNCIAS</b>	45

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

A população do município de Lajinha, Minas Gerais, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010) foi calculada em cerca de 19.609 habitantes.

A sua origem data do final do século XIX, a partir da ocupação de terras da antiga fazenda de São Domingos por desbravadores motivados por oportunidades de emprego no campo. A economia local gira em torno da agricultura, sendo o plantio do café o seu principal produto, correspondendo a grande parcela de ocupação dos trabalhadores da localidade, os quais se dedicam sazonalmente à denominada “panha” do café. O cenário político por sua vez encontra-se extremamente polarizado, onde o revezamento entre dois partidos na ocupação dos cargos políticos possibilita o surgimento de outras oportunidades de emprego para os seus respectivos apoiadores. (IBGE,2010)

Quanto à educação, tem-se observado uma taxa de escolarização de 06 a 14 anos de idade de 98,2% no ano de 2010 (IBGE, 2010). Entretanto o município não oferta ensino superior, sendo os seus jovens obrigados a estudar em outras cidades e regiões do país. A cidade possui representação de diversas religiões, dentre as quais a religião católica e evangélica, o que possibilita a manutenção de costumes e celebração de datas características ao longo do calendário anual (IBGE,2010).

### 1.2 O sistema municipal de saúde

O Município de Lajinha encontra-se localizado na Microrregião de Saúde de Manhuaçu, no estado de Minas Gerais. O Sistema Municipal de Saúde organiza-se seguindo os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contar com a participação do setor privado de forma complementar, principalmente nas áreas de diagnóstico laboratorial e por imagem e no setor farmacêutico. Os

moradores têm a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada ao SUS do município (BRASIL, 2017).

Ainda nessa perspectiva, é fundamental ressaltar a existência no município de Lajinha de um modelo assistencial que se estrutura a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde os estabelecimentos que promovem atendimento à população encontram-se organizados em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Fertonani *et al.* (2015), em artigo sobre modelos assistenciais e organizacionais em saúde na APS, discorrem acerca de seu significado e dos desafios para a implementação plena do modelo atual e vigente, segundo os preceitos elaborados nas resoluções da Conferência Internacional de Alma-Ata, sobre as quais a ESF se baseia. Tais ideais amplamente discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, serviram de base para construção do SUS.

Nessa perspectiva, torna-se mister a discussão sobre os desafios presentes no município de Lajinha. Isso porque, ainda se observam práticas voltadas ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, onde as ações desenvolvidas por vezes não se destinam à prevenção de agravos, tal como a promoção à saúde. Fato que é reforçado pela cultura local da busca por atendimento médico por demanda espontânea, predominantemente.

Além disso, é deficiente por parte da gestão municipal, a fixação dos profissionais integrantes das ESF nas suas respectivas comunidades, que sofrem pela perda do seguimento e do vínculo estabelecido entre paciente e profissional de saúde. Tal fato torna-se ainda mais visível no contexto da contratação de médicos para a APS.

Por fim, os aspectos de referência e contrarreferência que reforçam o conceito de integralidade da atenção à saúde, ainda merecem serem aprimorados. Isso porque tal conduta condizente com a boa prática médica, raramente é empregada pelos profissionais envolvidos. Tal fato se associa com a perda da continuidade do atendimento do paciente durante a sua circulação dentro da RAS.

Os Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico são descritos em seguida.

- Atenção Primária à Saúde: A rede de atenção à saúde encontra-se organizada em torno de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) com suas respectivas equipes da ESF adicionadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A cobertura territorial de uma maneira geral é hipossuficiente na medida em que existem muitas famílias que moram em zonas rurais de difícil acesso. Uma medida colocada em prática para tentar suprir tal demanda é a instituição dos chamados “Pontos de Apoio”, que consistem no atendimento médico em ambientes improvisados tais como igrejas e escolas, nas localidades mais distantes.

- Pontos de Atenção à Saúde Secundários: fazem parte dessa rede: uma Policlínica com ambulatório de especialidades (Pediatria, Cardiologia, Dermatologia e Ginecologia e Obstetrícia), um Hospital atrelado ao Pronto Atendimento Municipal para atendimentos de Urgência e Emergência e um Centro de Atenção Psicossocial. Esses por sua vez, configuram os Pontos de Atenção Secundária da RAS do município. A gestão dos estabelecimentos públicos encontra-se a cargo da Secretaria Municipal de Saúde subordinada à Prefeitura Municipal de Lajinha (DATA-SUS, 2017).

- Pontos de Atenção à Saúde Terciários: Lajinha, por integrar a Microrregião de Saúde de Manhuaçu, tem nesse último município, o Hospital público-privado César Leite. Trata-se de um complexo de médio porte, o qual atende as demandas em saúde de maior complexidade e com aporte tecnológico mais denso, destacando-se enquanto referência para toda a Microrregião.

-Sistemas de Apoio:

Diagnóstico e Terapêutico: Lajinha dispõe de dois centros de diagnóstico laboratorial privados que possuem convênio com a Prefeitura para a realização de determinados exames de sangue, sendo os pacientes obrigados a arcarem com os custos daqueles que não são ofertados pela administração pública. Quanto aos diagnósticos por imagem, também existem convênios para realização de

radiografias e ultrassonografias com empresas privadas em municípios vizinhos através do Sistema Integrado de Saúde da região do Caparaó (SIS-Caparaó). Este por sua vez, configura-se enquanto ferramenta importante para complementar o acesso a serviços diagnósticos não ofertados em Lajinha. Por meio desse sistema, os pacientes são habilitados a realizar além dos exames, consultas com outras especialidades cadastradas, de maneira em que o município de origem cobre parte dos custos envolvidos, reduzindo o preço final para o usuário.

Assistência Farmacêutica: Há múltiplas redes de Farmácia para comercialização de medicamentos com a participação do Programa de Farmácia Popular em sua grande maioria.

Informação em Saúde: Quanto aos sistemas de informação em saúde, cabe-se ressaltar a implementação em andamento do Prontuário Eletrônico para registro médico no município, fato que certamente permitirá maior agilidade e qualidade de processamento e armazenamento das informações clínicas dos pacientes, garantindo a continuidade da atenção à saúde.

- Sistemas Logísticos: A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza carros para os profissionais de saúde realizarem atendimentos nos locais fora da unidade. Deve-se ressaltar também a disponibilidade de três ambulâncias para realização de transportes dos pacientes quando necessário, sendo uma delas alocadas no distrito de Prata da Lajinha devido à distância do município onde se localiza o hospital de referência para atendimentos de Urgência e Emergência.

### 1.3 Aspectos da comunidade

Prata da Lajinha, distrito do município de Lajinha, corresponde a localidade onde estou reservado para o exercício de minhas atividades profissionais. A comunidade é constituída por cerca de 5 mil habitantes. Trata-se de uma população que se distribui em um território predominantemente rural em extensão, com um conglomerado urbano que concentra a maior parte dos moradores. A economia, tal como em seu município, gira em torno do plantio e colheita de grãos, sendo o café o seu principal produto. As residências possuem água encanada, porém, a mesma não recebe qualquer tipo de tratamento por empresa de águas e esgotos, sendo a

mesma advinda diretamente de lençóis escavados profundamente, assim como de uma propriedade rural específica, havendo risco de contaminação em seu trajeto. O saneamento básico não atinge a maioria da população, tal como os dados do IBGE 2010 municipais demonstram uma cobertura de apenas 41,2%. Quanto à educação, a comunidade dispõe de duas escolas, sendo uma municipal a qual oferta creche e ensino até os cinco anos de idade completos; e outra estadual que abrange por sua vez, o Ensino Fundamental e Médio. Porém, estima-se pela experiência pessoal que a taxa de evasão escolar é considerável, estando correlacionada com a necessidade de busca por emprego e o trabalho infantil.

**Quadro 1.** Aspectos demográficos da UBS da Prata, no município de Lajinha, Minas Gerais, em 2019

<b>FAIXA ETÁRIA/ANO</b>	<b>TOTAL</b>
< 1	32
1-4	199
5-14	515
15-19	273
20-29	521
30-39	575
40-49	499
50-59	359
60-69	285
70-79	160
≥ 80	87
<b>TOTAL</b>	<b>3505</b>

Fonte: E-sus (2020)

**Quadro 2.** Aspectos epidemiológicos UBS da Prata, no município de Lajinha, Minas Gerais, em 2019

<b>Condição de Saúde em 2019</b>	<b>Quantitativo (nº)</b>
Gestantes	56
Hipertensos	599
Diabéticos	127
Pessoas com doenças respiratórias (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, dentre outras)	55
Pessoas que tiveram infarto	14
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	85
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	13
Pessoas com sofrimento mental	35
Acamados	8
Fumantes	300
Pessoas que fazem uso de álcool	143
Usuários de drogas	27

Fonte: E-sus (2020)

Dentre as principais causas de óbito segundo informações levantadas junto a Equipe de Saúde da Família de minha área no ano de 2018, podemos destacar: as Doenças Cardiovasculares, com nove casos registrados de 69 em todo o município; o Câncer, com quatro casos registrados de um total de 29; e as denominadas Causas Externas, com três casos registrados em 13 casos na totalidade ocorridos município. Quanto à mortalidade infantil, houve o registro de um caso no ano de 2018 com idade entre 28 e 364 dias, dos seis casos registrados em todo o município de Lajinha. Dentre as Doenças de Notificação Compulsória e outros agravos, deve-se destacar: a Leishmaniose com seis casos; a Dengue com 33 casos; a Sífilis Congênita com um caso; e a Toxoplasmose Gestacional com um caso (MINAS GERAIS, 2018).

Dentre os principais problemas de saúde segundo informações levantadas junto à equipe de saúde pode-se citar: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); o Diabetes Mellitus (DM); o Tabagismo; o Transtorno de Abuso de Álcool Drogas; a dependência de Benzodiazepínicos para tratamento dos Transtornos de Depressão e Ansiedade em Saúde Mental; as Doenças Respiratórias tais como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a Asma; e o planejamento familiar. Tais informações puderam ser constatadas a partir dos dados presentes na plataforma E-SUS, alimentados diretamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), integrantes da equipe de ESF da Prata.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Francisco Justo Ribeiro

A UBS da Prata da Lajinha encontra-se localizada na área urbana do distrito de Prata da Lajinha no estado de Minas Gerais. A infraestrutura da unidade fora reformada recentemente, o que trouxe a oferta do serviço de *internet* na unidade, contribuindo para melhoria e agilidade no registro e levantamento de dados da produção. Trata-se de uma unidade construída no ano de 2012, localizada em via pública possuindo calçamento, e cujo acesso é adequado a todos, incluindo àqueles que possuem deficiência de locomoção, por contar com espaços adaptados tais como rampa. Disponibiliza como parte de sua estrutura física uma farmácia, salas de espera, vacinação, curativos, observação, procedimentos e de reunião. Além disso, há dois consultórios médicos, um consultório odontológico, salas da enfermagem, dos ACS e uma cozinha. Os insumos são compatíveis com a boa prática de atendimento aos agravos a saúde, dispondo-se de macas para exame físico, materiais para sutura e outros procedimentos, medicamentos para administração por via oral e venosa, ambulância para transporte, dentre outros insumos. Entretanto, é comum observarmos a ausência de alguns remédios para dispensar aos pacientes ao término de seus atendimentos. De uma forma geral, a relação entre equipe e comunidade no processo de atenção a saúde é boa, não havendo até o momento intercorrência ou reclamação para com a equipe, a exceção da demora no atendimento quando este se dá em dias de grande fluxo.

### 1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Francisco Justo Ribeiro

A ESF da Prata da Lajinha é constituída por sete ACS, duas Enfermeiras, um Auxiliar de Enfermagem, um Dentista, um Auxiliar Técnico em Saúde Bucal, dois Médicos e a equipe do NASF. Essa por sua vez é constituída por uma Psicóloga, uma Fonoaudióloga, um Fisioterapeuta, um Nutricionista e um Educador Físico.

Dentre as principais ações realizadas em 2019 para a promoção e prevenção a saúde se destacam: atividades em grupo de estímulo a prática de exercícios físicos pelo educador físico; o grupo para controle e cessação do tabagismo; as campanhas de vacinação com estímulo e conscientização da comunidade: tal como as campanhas de conscientização já consagradas (Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul). Torna-se desafio estabelecer a importância e o conceito da Promoção e Prevenção a Saúde na comunidade, a qual por vezes enxerga a UBS enquanto o único serviço de atendimento de Urgência e Emergência da localidade, assim como também para os atendimentos de demandas espontâneas e não planejadas. Nesse sentido, o trabalho de conscientização acerca dos papéis desempenhados pela equipe junto à comunidade torna-se peça fundamental para que se alcancem a efetiva prática de Promoção e Prevenção dos Agravos a Saúde, possibilitando a melhoria de seus indicadores.

### 1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Prata

O horário de funcionamento da unidade se estende das 7:00 horas às 11:00 horas e das 13:00 horas às 17:00 horas; de segunda-feira à sexta-feira. A agenda por sua vez, se organiza entre consultas que são previamente marcadas e atendimentos de demandas não planejadas, assim como urgência e emergência. É acordado entre médicos e equipe, o número adequado de pacientes para melhor qualidade na atenção à saúde de cerca de 12 consultas por turno a cada profissional, sendo em geral: oito consultas por agendamento e duas consultas de demandas espontâneas. Dessa forma, consegue-se atingir uma melhor organização do fluxo de pacientes, tal como reserva-se tempo para eventuais atendimentos de urgência e emergência que porventura surgirem.

O trabalho em equipe ocorre de forma satisfatória, havendo boa relação entre todos os membros. Há momentos de troca de informações acerca dos casos que se apresentam, seja à nível técnico, como também acerca do contexto social em que o paciente se encontra inserido. Tal fato, embora infrequente, certamente influencia na tomada de decisão em benefício ao usuário. O acolhimento por sua vez, desempenha papel fundamental, havendo boa resolutividade frente à grande demanda, que frequentemente não é absorvida dentro do número de vagas previstas. As visitas domiciliares por sua vez são feitas semanalmente, havendo boa aceitação por parte dos moradores, os quais também têm demonstrado bom engajamento quanto a participação dos grupos, tais como o Grupo de Cessação do Tabagismo.

#### 1.7 O dia a dia da equipe de saúde da família Prata

O processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família - Prata encontra-se em boa parte dividido entre setores, tendo os atores desempenhado seus papéis por vezes de forma individual e irreflexiva, sendo poucos os momentos de discussão e compartilhamento de conhecimento. Os pacientes por sua vez, ao chegarem na unidade em busca de atendimento são acolhidos pela enfermagem, porém, é inexistente um Protocolo de Triagem consolidado. Os pacientes então são direcionados aos seus respectivos profissionais de saúde, seja para receberem atendimento médico, psicológico, vacinação ou odontológico, conforme a ordem em que chegam à Unidade, a exceção dos atendimentos de Urgência e Emergência, que são rapidamente triados pela equipe de enfermagem e técnicas de enfermagem. Entretanto, cabe ressaltar a boa relação predominante entre os membros da equipe, tal como a disponibilidade em ajudar quando necessário. Dentre as atividades realizadas destacam-se, o Grupo para Controle e Cessação do Tabagismo, com boa aceitação por parte da população. Diferentemente, a implementação de consultas em dias determinados para grupos específicos (HAS e DM) não teve boa aceitação pelos usuários, os quais entenderam que ao ser colocado em prática tal modelo, haveria restrição aos atendimentos de demanda espontânea (a maioria) naqueles dias específicos. Há exceção, quando dos atendimentos de Pré-natal e Visitas Domiciliares, os quais são realizados nas terças-feiras e quintas-feiras

respectivamente e previamente agendados.

O planejamento e avaliação das ações é precário, havendo a análise e compreensão do seu desempenho nas reuniões entre a equipe realizadas a cada dois meses. Reuniões as quais, infelizmente, são focadas na resolução dos entraves burocráticos, em detrimento da reflexão dos próprios resultados na melhoria dos indicadores de saúde da comunidade. Isso compromete o planejamento de ações a partir da priorização das questões em saúde, primordiais à comunidade.

Dentre os problemas organizacionais do processo de trabalho da equipe se destacam: a falta de reflexão no planejamento de ações futuras, levando-se em consideração a realidade em que estão inseridos os seus respectivos atores; além da alta rotatividade dos profissionais contratados.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após a análise dos problemas em saúde observados durante a prática profissional como parte integrante da Equipe de Saúde da Família - Prata tal como a partir dos dados de prevalência levantados junto a ESF Prata, pude elencar a seguinte lista de problemas que se configura enquanto estimativa rápida: HAS e DM , o Transtorno de Abuso de Álcool Drogas, a Dependência de Benzodiazepínicos para tratamento dos Transtornos de Depressão e Ansiedade, o Tabagismo, a DPOC e a Asma; a falta de Planejamento Familiar, e as Parasitoses Intestinais. Essas últimas, por sua vez, estão estritamente correlacionadas com a ausência de tratamento da água e esgoto no distrito. Tais informações puderam ser constatadas a partir da entrevista com os profissionais integrantes da ESF da Prata, tal como pela vivência da prática médica diária nos cinco meses de trabalho.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Por meio da análise dos dados levantados, foi discutido o impacto de tais

diagnósticos situacionais na qualidade de vida e na morbidade e mortalidade da população adscrita, tal como a sua prevalência e a capacidade de enfrentamento destas condições por parte da ESF da Prata.

Dessa maneira, após discussões em grupo, foi definida a ordem de prioridade de enfrentamento dos problemas de saúde constatados segundo o quadro 3 a seguir, onde também foram definidas as suas respectivas classificações quanto a possibilidade real de enfrentamento de tais questões.

**Quadro 3** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Prata, do município de Lajinha, Estado de Minas Gerais

Principais Problemas	Importância*	Urgência30**	Capacidade ***de Enfrentamento	Ordem de Seleção****
HAS e DM	Alta	6	Parcial	3
Abuso de Álcool e Drogas	Alta	3	Parcial	5
Dependência de Benzodiazepínicos	Alta	2	Parcial	6
Tabagismo	Alta	7	Parcial	2
DPOC	Alta	8	Parcial	1
Asma	Alta	4	Parcial	4

Fonte: coleta de dados da ESF Prata, do município de Lajinha, Minas Gerais

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2. JUSTIFICATIVA

A escolha da temática referente ao provável sub-diagnóstico da DPOC na população sob responsabilidade da ESF Prata, do município de Lajinha, Estado de Minas Gerais, foi feita a partir da elaboração de uma reflexão crítica durante todo o processo de trabalho empregado pela equipe de saúde, acerca da prevalência dos fatores de risco ao desenvolvimento do agravo escolhido frente ao baixo número de casos confirmados, registrados em prontuário e adequadamente tratados.

Isso porque, como já exposto previamente, na comunidade adscrita correspondente à área sob responsabilidade da equipe, tem-se o Tabagismo como a segunda condição mais prevalente na comunidade, assim como um dos principais fatores de risco ao desenvolvimento da DPOC ao longo dos anos vividos. Somem-se a esse fator, a exposição à fumaça da biomassa proveniente de fornos a lenha comuns à população que vive em zona rural. População essa que também se expõe diariamente à fumaça proveniente dos processos de colheita, secagem e armazenamento do café, o principal cultivo da região, fonte de renda e emprego para grande parte dos habitantes do município de Lajinha.

Além disso, torna-se imperativo ponderar os impactos que poderiam ser prevenidos, tais como a redução da taxa de mortalidade, assim como dos custos com internação por agudização da DPOC para o município. Isso porque, foi observado que dentre as causas de internação por doenças respiratórias no Pronto Atendimento Municipal num período de um ano, compreendido entre os meses de setembro de 2018 a setembro de 2019, a DPOC foi a condição respiratória agudizada com a maior taxa de letalidade (33%) quando comparada com a Pneumonia (6,57%), segundo dados do DATA-SUS (2019). Logo, pode-se constatar que a essa condição foi atribuída, no período supracitado, a maior taxa de letalidade dentre as doenças do aparelho respiratório.

Por fim, ao observar-se que apenas cerca de 1,5% da população assistida pela ESF Prata possui o diagnóstico confirmado de alguma doença respiratória crônica em tratamento, dentre elas a DPOC e a Asma, torna-se mister a reflexão acerca da

capacidade técnica e da disponibilidade de métodos adequados ao correto diagnóstico e estratificação desta condição. Tal fato, reforça a ideia de que a própria equipe careça de conhecimentos necessários a elaboração de uma suspeita clínica deste agravo. Ainda sob essa lógica, também se deduz que é carente por parte dos usuários o acesso à Espirometria, principal método de confirmação diagnóstica e de estratificação da doença.

Tais fatos se consolidam enquanto pilares necessários à abordagem precoce de tal condição, promovendo tratamento adequado, aumento da qualidade de vida e redução de custos assim como do indicador referente à taxa de mortalidade associados ao desenvolvimento da DPOC na comunidade sob a responsabilidade da ESF Prata.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo geral

Elaborar projeto de intervenção para identificação do sub-diagnóstico da doença pulmonar obstrutiva crônica na comunidade adscrita à equipe de saúde da família da ESF Prata, exposta à fatores de risco ao seu desenvolvimento, no município de Lajinha, estado de Minas Gerais,

#### 3.2 Objetivos específicos

Conscientizar a população adscrita à equipe de saúde da família da ESF Prata, do município de Lajinha, estado de Minas Gerais, dos prejuízos à saúde provenientes do DPOC e seus fatores de risco.

Prevenir os fatores de risco com atenção especial aos jovens no processo de educação em saúde.

Oferecer suporte multiprofissional ao dependente do uso do fumo para ajudá-lo no processo abstinência.

Promover atividades de educação continuada na comunidade, envolvendo profissionais de saúde e jovens dependentes do uso do fumo.

#### 4. METODOLOGIA

Para a realização do plano de intervenção cuja forma de trabalho permite a organização de operações intersetoriais de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e atenção à saúde, foram realizados os seguintes passos com a equipe de Saúde da UBS da Prata, município de Lajinha, estado de Minas Gerais.

- Diagnóstico Situacional por meio do Método da Estimativa Rápida para identificar os principais problemas existentes no território da unidade e a seguir foi feita a priorização tendo como referencial a capacidade da equipe para enfrentar o problema. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional (PES), conforme orientado por Faria, Campos, Santos (2018)
- Revisão da literatura sobre o tema, necessário à realização da intervenção nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e publicações Ministério da Saúde, entre outros. A pesquisa se deu por meios dos seguintes descritores: Atenção Primária de Saúde; Estratégia Saúde da Família

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A DPOC é uma causa frequente de morbidade e mortalidade mundialmente conhecida, com grandes impactos nos âmbitos econômico e social. Estimativas demonstram que a DPOC ocupa hoje, o terceiro lugar nas causas de morte no mundo, havendo uma prevalência de casos de 10,1% em todo o globo. Tal condição deve ser compreendida enquanto uma Síndrome Respiratória Crônica, na qual coexistem sintomas tais como tosse, expectoração, dispneia, junto a alterações estruturais na arquitetura pulmonar (BARTOLOMÉ; JADWIGA, 2019).

A DPOC atualmente é classificada enquanto uma Síndrome, portanto, um conjunto de sinais e sintomas em consequência de alterações estruturais da arquitetura pulmonar as quais convergem-se num processo inflamatório de restrição à expiração irreversível, cujas manifestações clínicas são sintomas respiratórios persistentes tais como tosse produtiva, dispneia aos esforços, sibilos, dentre outros (CRAIG; FRANK, 2019).

Essa síndrome possui como principal fator de risco a exposição ao longo do tempo a agentes que promovam danos às vias aéreas como o cigarro, assim como também à queima de biomassa (ex. fogão a lenha) e à poluição, de tal maneira que a idade também passa a ser considerada um fator de risco ao seu desenvolvimento (AUGUSTI; HOGG, 2019).

Sua evolução, quando não diagnosticada e corretamente tratada, é permeada por processos de “agudização da doença”, definidos clinicamente como uma acentuação dos sintomas respiratórios, em grande parte decorrentes de processos infecciosos das vias aéreas. A depender de sua intensidade, os pacientes podem requisitar internações hospitalares associadas a altos custos aos Sistemas de Saúde, assim como a altas taxas de mortalidade (BARTOLOMÉ; JADWIGA, 2019).

## 5.2. Prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no mundo, na América Latina e no Brasil

No mundo, os países europeus têm prevalências mais elevadas, seguidos das Américas. Em países asiáticos, como Índia e Bangladesh, e outros países do Pacífico Ocidental e Sudeste da Ásia, as prevalências entre mulheres são muito baixas, o que pode ser explicado pela influência religiosa e cultura (MALTA, 2013).

Na América Latina, alguns estudos descrevem uma alta prevalência da doença e reiteram a importância de identificação de fatores de risco associados, fazendo referência ao seu subdiagnóstico. Dentre os fatores de risco classicamente discutidos como associados à DPOC, destacam-se o tabagismo atual ou prévio e a exposição à fumaça, tais como a de fogão a lenha e carvoeira nos contextos de moradia e trabalho, respectivamente. (NUNES, 2014).

Diversos estudos no Brasil e no mundo também apontam que os homens fumam mais do que as mulheres. As diferenças segundo sexo podem ser explicadas por aspectos culturais e religiosos. O tabaco foi introduzido primeiro entre homens, associado ao símbolo de masculinidade e poder. Posteriormente também foi estimulada pela indústria do tabaco a introdução do vício entre mulheres, o que ocorreu no Brasil em meados do século XX. Uma das formas de estimular o consumo entre as mulheres foi associar a ideias de igualdade de gênero, independência e glamour (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O quadro clínico da DPOC nas fases iniciais se assemelha aos sintomas atribuídos ao tabagismo, no qual a tosse e a presença de secreções de vias aéreas são frequentes, sendo necessário para o diagnóstico, a correlação com achados da anamnese, assim como também a evidência de obstrução ao fluxo aéreo na avaliação pela espirometria, padrão ouro ao seu diagnóstico. Chiado e aperto no peito são sintomas inespecíficos, de apresentação variável ao longo do dia, mais frequentes nos idosos e nos períodos de exacerbações infecciosas (BARBOSA *et al.*, 2017).

A carga tabágica por sua vez, índice obtido a partir da história clínica e que estima a quantidade de cigarro consumida pelo paciente ao longo dos anos, quando superior a 20 anos-maço e associada a sintomatologia típica, eleva o risco de adoecimento por DPOC. Entretanto, o padrão ouro para o seu diagnóstico se deve ao uso da Espirometria, quando esta evidencia obstrução ao fluxo de ar na expiração superior a 30% da capacidade pulmonar.

Sob essa perspectiva, os pacientes que possuem idade e história de exposição à fumaça, além de uma clínica sugestiva e alterações de exame físico compatíveis, devem ser submetidos ao exame de Espirometria para a confirmação diagnóstica (BARTOLOMÉ; JADWIGA, 2019) o qual não é amplamente ofertado no município de Lajinha.

Carlos Nunes (2014) por sua vez, em estudo de coorte realizado no Rio Grande do Sul, onde 195 trabalhadores rurais foram acompanhados durante nove anos, demonstrou, em consonância com a literatura, um maior risco para o desenvolvimento das chamadas Doenças Respiratórias Ocupacionais, dentre elas a DPOC, naqueles que se expõem cronicamente à poeira decorrente dos processos de secagem e armazenamento de grãos, tais como o café, principal fonte de renda da população adscrita.

Por fim, torna-se possível observar que diversas doenças são as comorbidades que estão associadas com o desenvolvimento da DPOC, tais como doenças cardíacas (HAS, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral), o tabagismo e o câncer de pulmão (CRAIG; FRANK, 2019).

### 5.3. Principais medidas de controle do tabagismo implementadas no Brasil

Uma das principais ações implementadas nas três últimas décadas refere-se aos reajustes periódicos dos principais impostos sobre cigarros e dos preços da venda desses produtos no varejo. Ressaltam-se as mudanças ocorridas em 2011 envolvendo o recolhimento do Imposto sobre Produtos Industrializados e o estabelecimento de um preço mínimo de venda de cigarros. Apesar do comércio ilícito de produtos de tabaco, a experiência brasileira sugere que o aumento dos

impostos pode expandir as receitas do governo e reduzir a prevalência de fumantes (IGLESIAS, 2011).

A promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco representa uma das medidas de maior sucesso da política brasileira. A partir do fim dos anos 1980, a restrição do fumo avançou no país subsidiada por legislações nacionais, estaduais e municipais (BRASIL, 2014).

Outro fator fundamental foram as advertências sobre os malefícios do tabagismo nas embalagens e publicidade dos maços de cigarros adotadas a partir de 1988, onde foram reformuladas com a inclusão de imagens para sensibilizar a população. Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, a regulação de produtos de tabaco passou a ser um importante componente da política brasileira, abrangendo o controle do registro, embalagens e conteúdo dos produtos. O Laboratório de Tabaco e Derivados, inaugurado em 2012, é o sexto laboratório público no mundo e o primeiro da América Latina voltado exclusivamente para análises de produtos derivados do tabaco. (BRASIL, 1999).

A conscientização e a educação da sociedade sobre o impacto negativo do tabagismo têm como estratégia fundamental a realização de campanhas nas principais datas comemorativas relacionadas ao controle do tabaco. O Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto, instituído em 1986) e o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio, instituído em 1987) mobilizam atores nas três esferas de governo para a promoção de atividades de prevenção ao tabagismo e incentivo à cessação do tabagismo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

O Curso de Educação à Distância (EAD) do Saber Saúde, criado em 2012, apresenta dados, que foram capacitados 1390 profissionais que atuam na área da educação em todo o país. Da mesma forma, a criação de observatórios tem colaborado com o compartilhamento de conhecimento relacionado ao controle do tabaco (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

É importante enfatizar ainda que o Observatório da Política Nacional de Controle do

Tabaco disponibiliza informações atualizadas sobre os diversos setores envolvidos com a implementação da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) no país. Já o Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco, lançado em 2016, compõe um projeto global estabelecido pelo Secretariado da CQCT que busca monitorar, analisar e divulgar as atividades da indústria do tabaco (TURCI, 2017).

Nessa perspectiva, torna-se mister a busca incessante por se conhecer os aspectos correlatos ao desenvolvimento da DPOC na comunidade adscrita, tal como o aprimoramento das metodologias de rastreamento e tratamento precoces.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A importância da escolha da DPOC como principal diagnóstico de trabalho da equipe reside, dentre outros motivos, na sua prevalência de 10,1% em todo o globo, sendo esperada como a terceira causa de morte no mundo em 2030 (CRAIG; FRANK, 2019). Tal fato isoladamente já demonstra o impacto desta condição na saúde de uma população.

É mister portanto ressaltar a importância de tal comorbidade no meio em que se insere a equipe ESF Prata. Nessa perspectiva, ao analisarmos os dados da população cadastrada, o contexto social em que estão inseridos, assim como também a falta de recursos para a confirmação de seu diagnóstico, podemos constatar uma clara correlação entre exposição a fatores de risco e o desenvolvimento de DPOC num cenário onde é provável prevalecer o seu sub-diagnóstico.

### 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Os dados levantados pela equipe (quadro 3) demonstram uma alta taxa de prevalência do tabagismo na comunidade adscrita pela equipe de ESF Prata, onde 300 das 3505 pessoas que a compõem, são classificadas como fumantes, sendo a segunda condição mais prevalente na comunidade, conforme dados do E-SUS. O cigarro por sua vez, como supracitado, se configura enquanto o grande fator de risco ao seu desenvolvimento.

Além disso, conforme apontado na descrição do município, Lajinha é constituída por uma população economicamente ativa a qual, em grande maioria, dedica-se ao cultivo, extração e comercialização de grãos, dentre eles o café, que se configura enquanto o principal produto. Tratam-se de trabalhadores rurais, em grande parte, de baixa renda e que pelo alto custo do gás de cozinha, optam em geral pelo uso do fogão a lenha em suas propriedades para o preparo de seus alimentos diariamente.

Assim como ocorre no plantio do café pelos trabalhadores rurais do município de Lajinha, muitos deles são moradores do distrito da Prata atendidos pela equipe da ESF Prata.

Entretanto, para a sua confirmação diagnóstica, como supracitado, os pacientes que apresentam história de exposição, sintomatologia e alterações de exame físico compatíveis, devem submeter-se ao exame de Espirometria. Esse por sua vez, não se encontra amplamente disponível à população atendida pela equipe da ESF Prata.

Tal fato certamente contribui para seu sub-diagnóstico, num contexto onde é alta a prevalência de pacientes expostos aos fatores de risco ao seu desenvolvimento. Dessa maneira, também se torna baixa a taxa de casos confirmados, correspondendo a cerca de 1,5 % da população adscrita, segundo dados da própria equipe, não havendo a possibilidade de se estratificar por idade, tal como distinguir dos pacientes portadores de outras doenças respiratórias crônicas como a Asma.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os “nós críticos” compreendem as causas do problema principal, as quais são passíveis de se tornarem alvos de intervenção pela equipe da ESF Prata. Dentre eles, podem-se citar como os dois principais: o tabagismo devido a sua alta taxa de prevalência na comunidade adscrita, a DPOC e o seu sub-diagnóstico, que por sua vez decorre da ausência de métodos confirmatórios, assim como da ausência de conhecimentos técnicos para suspeição clínica.

Os principais nós críticos a serem trabalhados definidos pela equipe são descritos em seguida.

- O tabagismo como principal fator de risco ao desenvolvimento da DPOC e sua alta taxa de prevalência na comunidade adscrita.
- Nível de informação da equipe acerca da suspeita clínica e diagnóstico da DPOC.
- Estrutura de serviços à saúde a melhorar de forma a possibilitar o acesso ao método de confirmação diagnóstica (Espirometria).

Outros fatores também foram estipulados como nós críticos por estarem relacionados com o desenvolvimento da DPOC, entretanto com pouca capacidade de intervenção direta da equipe da ESF Prata. Dentre eles podem-se citar as condições de trabalho no processamento dos grãos de café, o desemprego e consequentemente o baixo nível socioeconômico, situações estas que já foram apontadas como fatores de risco à exposição ao próprio cigarro e por sua vez ao desenvolvimento de DPOC (QUEIROZ et al. 2012).

Nessa perspectiva, é fundamental ressaltar a ausência do acesso ao principal recurso diagnóstico desta condição, denominado teste de Espirometria no município de Lajinha. Tal fato certamente impacta negativamente na qualidade de vida dos pacientes, cujos quadro clínicos subjacentes se tornam, sob essa perspectiva, sub-diagnosticados.

É provável também que o sub-diagnóstico da DPOC decorra de uma baixa qualificação dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento à população, principalmente aos fumantes, perante a não suspeita clínica desta condição. Isso porque Queiroz *et al.* (2012) já demonstraram em seu trabalho uma taxa de 71,4% de subdiagnóstico na cidade de Aparecida de Goiânia (Goiás), cidade com população de cerca de 500 mil habitantes e com disponibilidade de recursos diagnósticos por médicos da APS. Nesta ocasião as autoras consideraram a falta de capacitação técnica da equipe e a ausência da correlação entre os fatores de risco com o desenvolvimento da DPOC como justificativa para tais resultados.

Atualmente, têm-se cadastrados na equipe 55 pessoas portadores de doenças respiratórias crônicas, dentre elas a asma, numa prevalência total de apenas 1,5% conforme supra citado. Logo, é provável que também haja grande parcela de casos sub-diagnósticos específicos de DPOC. Tal fato se justifica, tanto pela falta de qualificação dos profissionais envolvidos na elaboração da suspeita clínica, como também pela ausência do acesso ao exame de Espirometria, fundamental ao diagnóstico da DPOC na comunidade adscrita da Prata.

Este fato, juntamente a abordagem do tabagismo, configuram-se enquanto peças

cardinais no combate a essa doença com grande impacto nos indicadores de saúde locais. Logo, é fundamental ampliar a distribuição de recursos para permitir a redução da prevalência do tabagismo, o correto diagnóstico, implementar o tratamento adequado e prevenir os desfechos negativos à saúde de uma maneira geral da população do distrito da Prata, tal como a redução dos gastos municipais e principalmente os óbitos referentes as internações hospitalares frente a episódios de agudização deste agravo.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

<b>Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “O tabagismo como principal fator de risco ao desenvolvimento da DPOC e sua alta taxa de prevalência na comunidade adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF - Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais</b>	
<b>Nó crítico 1</b>	O tabagismo como principal fator de risco ao desenvolvimento da DPOC e sua alta taxa de prevalência na comunidade adscrita
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Modificar hábitos de vida por meio da redução da taxa de prevalência do tabagismo na comunidade adscrita, tal como desestimular seu início precoce por grupos em faixa etária estudantil.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>“Viva mais e melhor, viva sem o cigarro”</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Reduzir em 40% a taxa de prevalência do tabagismo na comunidade adscrita em um ano.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Grupo de tabagismo, Campanhas Escolares.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: informações sobre o tema, estratégias e recursos pedagógicos Financeiro: para a aquisição de recursos áudio-visuais e elaboração de pôsteres e palestras Político: mobilização social e articulação com a rede de ensino municipal
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Político: mobilização social e articulação com a rede de ensino municipal Financeiro: para a aquisição de recursos áudio-visuais e elaboração de pôsteres e palestras
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretaria de Educação (Favorável). Gestor da UBS (favorável). Secretaria Municipal de Saúde (Favorável). Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, diretora da escola).
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Responsáveis: médico e enfermeira Prazos: início em fevereiro de 2020, termino em dezembro de 2020
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Abordagem breve/básica aos pacientes fumantes pelos profissionais de saúde da equipe a cada oportunidade de atendimento; formalização de grupos de tabagismo a cada dois meses compostos por quatro sessões semanais e seguimento dos pacientes integrantes do grupo por um total de 12 meses; palestras escolares a cada semestre.

Fonte: Autoria própria (2020)

Como primeiro nó crítico a ser abordado pela ESF Prata, tem-se o tabagismo e sua alta prevalência de 15% na comunidade adscrita, segundo dados epidemiológicos levantados junto a própria equipe. Sabe-se que a exposição à fumaça do cigarro é considerada o principal fator de risco ao desenvolvimento da DPOC. Nesse sentido, buscou-se elaborar junto a equipe um plano de conscientização para cessação do tabagismo, tal como para informar a população, principalmente na faixa etária escolar, de tal forma buscando também reduzir o número de casos novos de tabagistas na comunidade. O nome escolhido para o projeto foi “Viva mais e melhor, viva sem o cigarro”. Isso porque, buscou-se associar a alta taxa de mortalidade associada ao fumo, assim como também aproximar-se da linguagem dos integrantes da faixa etária escolar. Objetiva-se inicialmente, reduzir a taxa de prevalência do tabagismo em 40% na comunidade adscrita ao final de um ano de trabalho. Como produtos esperados tem-se a realização de grupos de tabagismo e palestras escolares. Isso se dará por meio da capacitação dos profissionais da equipe de saúde (recurso cognitivo), da elaboração de recursos áudio-visuais e pedagógicos (recurso financeiro), assim como por meio do engajamento social e articulação com a rede de ensino municipal (recurso político)

Como recursos críticos a implementação de plano temos a efetiva participação popular assim como também a aceitação da rede municipal de saúde. Por fim, devem-se somar os recursos financeiros previamente supra-citados. Quanto ao controle dos recursos, já demonstraram posição favorável ao projeto: o Secretário Municipal de Saúde, a Secretaria de Educação, tal como a enfermeira chefe que é gestora da UBS. Esta por sua vez será responsável juntamente ao médico da unidade pelo projeto, tal como do aprazamento da reunião intersetorial para formalização do plano com os responsáveis em questão.

Por fim, o prazo do plano para seu início será em fevereiro do ano seguinte, com previsão de duração de cerca de 10 meses. Em dezembro, ao término do ano, espera-se terem sido realizadas duas palestras escolares semestrais sobre o tema, com a sensibilização dos alunos a partir do quinto ano escolar. Além disso, a captação de pacientes por meio de intervenções breves/básicos pelos profissionais da equipe após capacitação adequada a cerca da estimativa da vontade de cessar o

hábito de fumar.

Dessa forma, será possível a elaboração de grupos de tabagismo a cada 02 meses, com 04 sessões semanais, e seguimento dos pacientes que se comprometerem a cessar com o hábito de fumar por 12 meses. Espera-se dessa maneira alcançar os resultados esperados.

<b>Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Nível de informação da equipe acerca da suspeita clínica e diagnóstico da DPOC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da ESF Prata, do município de Lajinha, estado de Minas Gerais</b>	
<b>Nó crítico 2</b>	Nível de informação da equipe acerca da suspeita clínica e diagnóstico da DPOC
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Aumentar o nível de informação da equipe, permitindo através da busca ativa de pacientes sintomáticos a confirmação diagnóstica e instituição da terapêutica adequada precocemente, de forma a reduzir a taxa de morbi-mortalidade da DPOC sobre a comunidade adscrita.
<b>6º passo: projeto</b>	“Aprender sempre”
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Equipe mais informada promovendo o aumento da taxa de prevalência de diagnóstico da DPOC para cerca de 10%, sendo compatível com os dados globais, e dessa maneira, reduzir taxa de mortalidade, promover qualidade de vida, instituir terapêutica precoce e reduzir gastos com internação por agudização da doença.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Reuniões mensais com a equipe para educação permanente. Busca ativa de sintomáticos respiratórios com história compatível pelos ACS.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas.  Organizacionais: escalas para busca ativa e reuniões programadas
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretaria Municipal de Saúde (favorável), Gestora da UBS (favorável)  Reuniões intersetoriais (secretário de saúde e equipe de saúde da família)
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e</b>	Responsável: médico da ESF – Prata  Prazos: início em 02 meses e término em 12 meses

prazos	
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Nível de informação da equipe de saúde: primeiro encontro; Capacitação AC: primeiro mês; Planejamento das ações incluindo escalas de visitas e datas de reuniões mensais: segundo mês; balanço quantitativo entre busca ativa de sintomáticos que foram efetivamente revertidas em: participação em grupo de tabagismo ou confirmação diagnóstica: semestralmente.

Fonte: Autoria própria (2020)

Dada a baixa prevalência de casos de DPOC diagnosticados enquanto pertencentes a um grupo doenças respiratórias crônicas na comunidade segundo dados da própria equipe, é provável que exista sub-diagnóstico de casos. Tal fato pode ser justificado por um baixo nível de informação e conhecimento técnico da equipe de saúde. Este por sua vez, torna-se alvo fundamental de intervenção por meio de um planejamento adequado. Ao aumentarmos a capacidade técnica de reconhecimento e suspeita diagnóstica, iremos contribuir para o diagnóstico e tratamento precoce da DPOC, reduzindo-se as taxas de morbi-mortalidade, assim como o número de internações e gastos públicos por complicações da doença.

Nesse sentido, discutiu-se com a equipe meios para se alcançar metas de taxas de prevalência compatíveis com os valores mundiais de tal condição. Dentre elas pode-se citar reuniões mensais de educação permanente gerando maior capacitação dos membros da equipe, assim como também com a priorização ao papel dos ACS na implementação da busca ativa de pacientes que possuam história de exposição a fatores de risco e sintomatologia compatíveis.

Espera-se que, juntamente ao apoio do Secretário Municipal de Saúde e da Gestora da UBS, tais atividades se iniciem dentro de um prazo de dois meses, com término programado para um ano. As atividades pretendem serem constituídas por um primeiro encontro, onde serão avaliados o nível de conhecimento inicial da equipe frente ao diagnóstico situacional de trabalho, tal como será definida a escala de visita e busca ativa por parte dos ACS, após explanação inicial da temática dentro dos próximos dois meses. Após, segue-se o balanço semestral do número de pacientes da busca ativa que efetivamente convergiram-se ao grupo de tabagismo ou que obtiveram a confirmação diagnóstica.

<b>Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Estrutura de serviços à saúde a melhorar de forma a possibilitar o acesso ao método de confirmação diagnóstica (Espirometria)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da ESF Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais</b>	
<b>Nó crítico 3</b>	Estrutura de serviços à saúde a melhorar de forma a possibilitar o acesso ao método de confirmação diagnóstica (Espirometria)
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Melhorar a estrutura de serviços à saúde disponibilizando acesso ao método de confirmação diagnóstica (Espirometria)
<b>6º passo: projeto</b>	“Faça o melhor para seu paciente hoje”
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Aumento da oferta de insumos, medicamentos e consulta com especialista
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Contratação de especialistas Pneumologistas; Convênios com laboratórios de diagnóstico; Compra e disponibilização de medicamentos
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivos - elaboração do projeto de adequação Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros - aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos;
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)
<b>8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas</b>	Controle dos recursos críticos: Prefeito Municipal (Favorável). Secretário de Saúde (Favorável). Coordenador da ABS (Favorável) Ações estratégicas: Apresentar projeto de estruturação da rede de atenção com participação de especialista e convênio com laboratório de diagnóstico.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Responsáveis: Médico e enfermeira Prazos: 02 meses para apresentação do projeto e 08 meses para aprovação e liberação dos recursos e 04 meses para compra dos equipamentos. Início em quatro meses e finalização em oito meses
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Acompanhamento de processo de compra e disponibilização de exames e consultas especializadas; aos oito meses: Projeção de demanda pela busca ativa e estimativa de custos por paciente realizada; Fluxo de dispensação de medicamentos e avaliação mensal.

Fonte: Autoria própria (2020)

É mister, frente ao cenário de provável sub-diagnóstico da DPOC, a necessidade de uma reestruturação na rede de atenção à saúde no que diz respeito ao aumento na oferta de consultas médicas, medicamentos e insumos para obtenção de métodos confirmatórios diagnósticos para estratificação dos pacientes em gravidade. Nesse sentido, buscou-se junto à equipe a elaboração de um plano para melhorar a estrutura de serviços à saúde e disponibilizar o acesso ao método confirmatório diagnóstico da DPOC.

Espera-se como resultados, um aumento da oferta de insumos, medicamentos e consultas médicas com especialistas Pneumologistas. Além disso, foi sugerido a elaboração de um convênio entre a prefeitura e um laboratório de diagnóstico que pudesse fornecer o exame de Espirometria à população.

Para efetiva implementação de tal plano, é demandado como recursos críticos o apoio político da prefeitura e a permissão para o aumento dos gastos públicos frente a magnitude do agravo defendido pela equipe. Os agentes envolvidos demonstraram-se favoráveis a esta requisição.

Serão dois meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos. Início em dois meses e finalização em 12 meses. Espera-se realizar acompanhamento de todo o processo de compra e disponibilização de exames e consultas especializadas, tal como, a projeção da demanda pela busca ativa e a estimativa de custos por paciente realizada. Por fim, é aguardado a avaliação do fluxo de dispensação de medicamentos e mensalmente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo buscou-se delinear o contexto de atuação da Equipe de Saúde da Família do distrito da Prata, no município de Lajinha, estado de Minas Gerais, onde o subdiagnóstico da DPOC, se demonstra uma realidade provável, na medida em que a sua taxa atual de prevalência encontra-se em 1,5%, sendo ainda mesclada a outras doenças respiratórias crônicas tais como a Asma, segundo dados da plataforma eletrônica do SUS (e-SUS) para a população cadastrada.

Sob essa perspectiva, é sabido que o tabagismo sustentado se configura enquanto um dos principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da DPOC. Essa por sua vez, é definida por sintomatologia típica (tosse, expectoração, sibilos, dentre outros), alterações na arquitetura pulmonar irreversíveis e evolução permeadas por entre processos de agudização que elevam riscos de morbimortalidade, tal como os custos de internação para o município de Lajinha.

Acrescenta-se ainda que o fumo é o segundo agravo mais prevalente na comunidade adscrita aos cuidados da ESF de Prata, onde o número de casos confirmados encontra-se aquém do esperado.

Por fim, a ausência de educação continuada ofertada aos profissionais da equipe de saúde e a indisponibilidade de acesso ao teste de Espirometria, considerado o método confirmatório para o diagnóstico da DPOC no município de Lajinha, corroboram para com o contexto desenhado.

Assim, buscou-se por meio da análise reflexiva justificar esse cenário por diversas razões as quais se configuraram enquanto os principais nós críticos a saber.

- O tabagismo como principal fator de risco ao desenvolvimento da DPOC e sua alta taxa de prevalência na comunidade adscrita.
- Nível de informação da equipe acerca da suspeita clínica e diagnóstico da DPOC.
- Estrutura de serviços à saúde a melhorar de forma a possibilitar o acesso ao método de confirmação diagnóstica (Espirometria).

A partir dessa análise, objetivou-se elaborar um projeto de intervenção para identificação do sub-diagnóstico da DPOC na comunidade adscrita à equipe de saúde da família da ESF Prata, do município de Lajinha, estado de Minas Gerais, exposta à fatores de risco ao seu desenvolvimento.

O projeto de intervenção por sua vez, visa atuar sobre os aspectos determinantes do cenário atual a serem modificados e aperfeiçoados. Nesse sentido, busca-se agir sobre os nós críticos por meio dos principais pilares a serem fortalecidos dentre eles:

- a promoção e prevenção à saúde da população;
- a educação continuada dos profissionais da equipe;
- a amplificação da oferta e do acesso ao seu método diagnóstico.

Espera-se, dessa forma, por meio do estabelecimento do número real dos portadores da DPOC a partir do acesso aos testes de Espirometria pela população adscrita, promover o tratamento adequado dessa condição, de forma a melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzindo as taxas de hospitalizações e de morbimortalidade por agravamento de seus quadros respiratórios, tais como os custos associados.

Espera-se também, por meio da promoção e prevenção a saúde e conscientização sobre os impactos que o cigarro produz na qualidade de vida dos usuários, de forma a atuar sobre a taxa de prevalência do tabagismo na população atendida pela ESF Prata.

Por fim, esse fato, somado as medidas de educação continuada sugeridas ao longo do texto, certamente irão contribuir para com a melhora dos indicadores de saúde municipal. Isso se deve pelo seu potencial de alcançar outras doenças de igual importância com alta prevalência na população adscrita, assim como no município e no mundo a saber: HAS e DM. Isso porque já foi amplamente estudado que tais condições sabidamente têm a sua evolução prejudicada pelo hábito de fumar. Portanto, é mister que as políticas públicas sobre as quais se baseiam esse projeto de intervenção sejam amplamente aplicadas em prol da melhoria dos indicadores de

saúde da comunidade e do município de Lajinha.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Anvisa inaugura laboratório de tabaco**. Blog da Saúde, Publicado: Segunda, 13 de Agosto de 2012, 08h18. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/30851-anvisa-inaugura-laboratorio-de-tabaco>. Acesso em: 7 nov. 2020.

BARBOSA, A. *et al.* Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 22, n.1, p. 66-73,. 2017.

AUGUSTÍ, A.; HOGG. J. C. Update on the pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **N Engl J Med**, v. 381, n.13, p.1248-56, 2019.

BARTOLOMÉ, R.; JADWIGA, A. Update on clinical aspects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **N Engl J Med**, v 381, n.13, p. 1257-66, 2019.

BRASIL. Decreto 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. **Diário Oficial da União**, 2 jun. 2014. Disponível em : [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8262.htm#:~:text=diretamente%20ao%20consumidor.-,%E2%80%9CArt.,e%20ve%C3%ADculos%20de%20transporte%20coletivo.Acesso:](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8262.htm#:~:text=diretamente%20ao%20consumidor.-,%E2%80%9CArt.,e%20ve%C3%ADculos%20de%20transporte%20coletivo.Acesso:) em 7 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa> . Acesso em: 13 nov. 2019.

CRAIG, M.; FRANK, C., Diagnosis and outpatient management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Review, **JAMA**, v. 321, n. 8, p. 786-797, 2019.

DATA-SUS, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 17 out. 2019.

e SUS. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Primária à Saúde (SAPS). E-Gestor. Campos Altos. Disponível em: [ps.saude.gov.br/ape/resultado.php?pesquisa=município+de+campos+altos](http://ps.saude.gov.br/ape/resultado.php?pesquisa=município+de+campos+altos). Acesso em 02 novembro de 2020

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

FERTONANI, H.P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

IGLESIAS, R. M. Increasing excise taxes in the presence of an illegal cigarette market: the 2011 Brazil tobacco tax reform. **Revista Panam Salud Publica**, v. 40, n.4, p. 243-349, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico, 2010. Brasília. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/campos-altos/panorama>> Acesso em: 07 nov.2020

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Política Nacional de Controle do Tabaco**, Relatório de Gestão e Progresso 2013-2014. Rio de Janeiro: INCA; 2015. Disponível em : <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em 7 nov. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 812-822, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Oct. 2020

MINAS GERAIS. Portal de Vigilância em Saúde de Minas Gerais. **Tabulador de Informações em Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/informacoes-de-saude-tabnet-mg/>>. Acesso em: 17 out. 2018

QUEIROZ, M.C.C.A.; MOREIRA, M.A.C.; RABAHI, M.F. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. **J Bras Pneumol.**, v. 38, n.6, p. 692-699, 2012. RABE, K.F.; WATZ, H. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Lancet**, v. 389, n. 10082, p. 1931-40, 2017.

TURCI, S. R. B. *et al.* Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco: uma nova perspectiva para o monitoramento da interferência da indústria nas políticas de controle do tabaco no Brasil e no mundo. **Cad. Saúde Pública**, , v. 33, supl. 3, e00148515, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001500302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001500302&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Oct. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies**. Geneva:WHO, 2017. p. 18-108. Disponível em [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/2017/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/). Acesso em: 7 nov 2020.