

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

**Acompanhamento da Asma e DPOC pela Equipe de Saúde da Família:
desafios e estratégias**

Camila Quitério de Carvalho

Orientadora Aline Fiori dos Santos Feltrin

São Paulo
Janeiro – 2015

Sumário

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	6
2.1 Geral.....	6
2.2 Específicos.....	6
3. Metodologia.....	7
3.1 Cenário da intervenção.....	7
3.2 Sujeitos da intervenção.....	7
3.3 Estratégias e ações.....	8
3.4 Avaliação e monitoramento.....	9
4. Resultados esperados.....	10
5. Cronograma.....	11
6. Referências.....	12
7. Anexos.....	13

1. Introdução

A Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são as Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) mais comuns e relevantes na prática clínica atual. Mundialmente, representam grande desafio a ser enfrentado, uma vez que sua incidência e mal controle crescem entre idosos e crianças, principalmente nos países em desenvolvimento.^{1,2,3}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial calculam que as DRC foram responsáveis por quatro milhões de mortes prematuras em 2005, e as projeções confirmam aumento considerável desse número no futuro, se mantido o padrão vigente de negligência em políticas de saúde e desenvolvimento na área.³ A maioria dos óbitos ocorrem nos centros de terciários, por exacerbações respiratórias mal conduzidas associadas a sintomas de base não-controlados.^{1,4}

Além do caráter genético que predispõe a atopia, e as doenças infecciosas respiratórias, como bronquiolite, pneumonia e tuberculose que causam cicatrizes irreparáveis aos pulmões, existem os fatores de risco ambientais subjacentes ao desenvolvimento dos centros urbanos. Dentre eles podemos citar a exposição à agentes ocupacionais, poluição das grandes cidades, tabagismo ativo e passivo, poeira, mofo e ácaro geralmente presente em ambientes pouco ensolarados e inadequadamente limpos.^{3,5}

As DRC são responsáveis por expressiva queda na qualidade de vida de seus portadores, causando significativo impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, são causa de absenteísmo na escola e no trabalho além de gerarem sofrimento ao paciente e a família que lidam com a “incurabilidade” comuns às doenças crônicas.⁷

No Brasil, a Atenção Primária é o primeiro contato que os portadores de asma e DPOC tem com o sistema de saúde, sendo responsável por identificar,

classificar e conduzir os casos leves a moderados. Por atuarem de forma integral e próxima às famílias, deveriam conseguir melhor adesão ao tratamento, permitindo maior controle dos sintomas, redução da severidade de complicações, da morbidade e otimização do bem estar.⁶ Baseado nisso, observa-se, nos últimos anos, uma tendência à valorização do Médico de Família e Comunidade (MFC), e de toda sua equipe multiprofissional dentro das unidades de atendimento, bem como, ao maior investimento na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família, que impacta na resolubilidade de 85% dos casos.⁹

Os aspectos específicos do nível primário de atendimento, segundo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), estão associados às reduções das hospitalizações, das visitas frequentes aos serviços de urgência, e dos gastos públicos evitáveis. Estes incluem o livre acesso, a continuidade do tratamento, a coordenação do uso efetivo da medicação, dos encaminhamentos, elucidação dos fatores desencadeantes de morbidade através da Educação continuada em Saúde, desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular voltado ao paciente e não só a sua doença, além da priorização da prática clínica ampliada responsável por capacitar o portador ao autocuidado e a prevenção.^{10,11}

A atenção primária à saúde, para colocar-se como reordenadora do SUS e como coordenadora das redes de atenção à saúde, tem de passar por reformas profundas que permitam solucionar os problemas presentes. Na prática, a transformação do PSF (Programa de Saúde da Família) em estratégia da saúde da família (ESF), iniciou uma transformação de conteúdo, uma mudança paradigmática, com o objetivo de transformar a ótica do cuidado.⁷ No entanto, de forma geral, observa-se um despreparo profissional para lidar com essas mudanças e, conseqüentemente, com esses agravos, com uma abordagem restrita ao tratamento sintomático das exacerbações, ausência de rotina definida para consultas e retornos, limitação da oferta de tratamento farmacológico gratuito para manutenção do controle respiratório, lentidão no processo de requisição de exames, desorganização quanto às ações preventivas e coletivas específicas.⁸

Recentemente, a OMS fez um chamado a um compromisso global para fortalecer a infraestrutura básica dos sistemas de saúde primários. Esta estratégia consiste em: garantir o acesso universal e a proteção social; reorganizar os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas da população; implementar políticas públicas integradas que levem a comunidades mais saudáveis; reforma na administração dos sistemas para serem cada vez mais inclusivos e participativos; e no uso mais frequente de evidências científicas para apoio social.^{1,7} Cada um destes ambiciosos objetivos é consistente com a capacidade da atenção primária para tratar as doenças crônicas. Foi criado, então, o “Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases” (GARD) que reúne os conhecimentos de diversas organizações, no sentido de reforçar o manejo básico, bem como, a sua notoriedade internacional, favorecendo o alcance de tais propostas.⁶

Com base na estratégia criada pelo GARD, na importância do controle das DRC, e na deficiência do atendimento primário, observamos a necessidade de programas exclusivos a essa população, para que os princípios doutrinários do SUS sejam verdadeiramente aplicáveis à prática cotidiana. O intuito de criar propostas sólidas voltadas ao setor é priorizar a busca ativa de pacientes sintomáticos sem diagnóstico, o acompanhamento regular e a estratificação da gravidade individual.⁸ Unir os “dispneicos” na forma de grupo, ainda que parcialmente heterogêneo, facilita a realização atividades de caráter educativo e preventivo de complicações, morbidade ou hábitos negativos dos doentes respiratórios crônicos, quantificação exata do número de pessoas em uso de medicação de alto custo disponibilizada pelo município para o tratamento, e realização periódica do exame de prova funcional pulmonar para reavaliação contínua. Além de aumentar o número total de doentes, aproximando o das taxas de incidência reais, visa-se estreitar o elo de ligação entre estes pacientes e a unidade de saúde, proporcionando-lhes conhecimento da própria doença a fim de reduzir os fatores de exposição agravantes.^{1,9}

Desta forma, a estratégia de grupos de educação em saúde, como um espaço de troca de experiências horizontal entre pacientes, e entre estes e os

profissionais de saúde, mostra-se como uma estratégia potencializadora na qualificação do cuidado e na adaptação do cotidiano de vida ao conviver com a DRC.

2. Objetivos

2.1 Objetivos gerais

- Criar um grupo de intervenção com os portadores crônicos de doenças Respiratórias;

2.2 Objetivos específicos

- Identificar todos dispneicos do território de atuação do PSF Vila Barreto Alto e reuni-los na forma de grupo para intervenção;
- Estabelecer estratégias para aumentar o índice diagnóstico dos portadores de Asma ou DPOC;
- Realizar educação em saúde na forma de reuniões coletivas e individuais, para facilitar e otimizar a abordagem da doença;
- Classificar e estratificar continuamente a gravidade individual da doença, segundo a última Diretrizes de Asma e de DPOC da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT);
- Instituir rotina fixa de acompanhamento coletivo e individual na Unidade Básica segundo fluxograma específico e rever o uso das medicações em cada caso;
- Avaliar com o grupo constituído, a frequência da procura de serviços de urgência e internações antes e após rotina de acompanhamento estabelecida por esse projeto;
- Sensibilizar a equipe para a identificação dos dispneicos e sintomáticos respiratórios nos diversos espaços de atendimento.

3. Metodologia

3.1 Cenário da intervenção

O Estudo ocorrerá no Posto de Saúde da Família Vila Barreto Alto, localizado no município de Mairinque- SP. A cidade situa-se na Região Metropolitana de Sorocaba e possui 42.227 habitantes, segundo dados do IBGE de 2004. Por sua vez, a unidade abrange uma área de 3.000 habitantes de acordo com SIAB de 2012, porém, este dado está desatualizado, havendo nova estimativa de 4.500 pessoas, baseada na contagem aproximada realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A unidade Vila Barreto Alto, conta com boa estrutura física, há 4 salas de atendimento, 1 sala de vacinas, 1 sala curativos, 1 sala para triagem e outra para as ACS. Os pacientes aguardam serem chamados na sala de espera, próxima a recepção, onde abriga todos os prontuários subdivididos por cores, segundo regiões do bairro. O território conta com saneamento básico em sua grande maioria, 60% das ruas são asfaltadas, e abriga algumas “favelas”.

3.2 Sujeitos da intervenção

Os moradores do Vila Barreto Alto apresentam alto risco de vulnerabilidade, devido a baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e altos índices de dependentes químicos e de álcool. A média aproximada de atendimentos médico anual é de 3.840 pessoas/ano. O projeto aplica-se a população de forma geral, não havendo restrição de faixa etária ou sexo; serão selecionados aqueles que apresentarem Asma ou DPOC, segundo os critérios diagnósticos instituídos.

3.3 Considerações Éticas

Os funcionários, pacientes e familiares que participarão do projeto direta ou indiretamente, serão esclarecidos de que se tratará de um projeto de

intervenção e que não receberão nenhuma forma de pagamento pela participação neste projeto e que deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de cessão de uso de imagem, para eventual exposição do trabalho.

3.4 Estratégias e ações

A primeira etapa do projeto consiste em triagem da população, contará com a ajuda das Agentes Comunitárias, que trarão o nome/matricula de pacientes sintomáticos (tosse frequente, chiado, falta de ar) em suas micro-áreas, associado ao levantamento de dados em prontuário dos indivíduos previamente diagnosticados (eventualmente até em tratamento) com Asma ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (**Anexo 1**).

Em seguida, todos pacientes sem diagnóstico, passarão por consulta médica no período da tarde e responderão a um questionário pré-formulado (**Anexo 2**), baseado em Consensos e Diretrizes Nacionais das doenças, a fim de confirmar a hipótese diagnóstica, facilitar a obtenção de informações específicas, aprofundar antecedentes clínicos, medicamentosos e familiar, classificar o risco da doença e finalmente, instituir o tratamento e/ou orientações adequadas, quando necessário. Os pacientes já tidos como doentes em momento prévio, também farão o questionário com a ajuda da Enfermeira, para registro de dados padronizados, de grande valia para revisão da medicação em uso, e elucidação eficaz a qualquer profissional de Saúde que possa atuar futuramente nesta Unidade. Serão submetidos a Prova de Função Pulmonar (Espirometria) todos aqueles que nunca a fizeram, ou o tenham feito há mais de 1 ano. Apesar do exame ser realizado fora do município, em centros terciários de saúde das cidades de Sorocaba e/ou de Itu, o tempo médio esperado para serem chamados é de 1 a 2 meses. É importante lembrar que a medicação de alto custo para Asma e DPOC, essencial no manejo a longo prazo das doenças e fornecida pelo município de Mairinque, necessita obrigatoriamente desse exame, reforçando sua importância.

Uma vez formado o “grupo dos dispneicos” e revisado cada caso para garantir adequado suporte dentro das necessidades individuais, estes serão orientados pelas auxiliares de enfermagem sobre o seguimento fixo referente ao Programa (**Anexo 3**). Tal fluxograma prevê consultas de rotina mais frequentes no período de inverno e mais espaçadas na época de verão, onde caem bruscamente as taxas de exacerbações e crises graves. Além da variante sazonal, a classificação de gravidade da doença de cada paciente determinará com qual profissional de saúde o paciente passará. Todos, porém, participarão das atividades coletivas de elucidação e discussão sobre um tema proposto no encontro. Fica previamente decidido que a enfermagem é responsável pela recapitulação do uso dos suportes inalatórios, corrigindo possíveis falhas, que comprometem a eficácia do tratamento, além de obter história rápida sobre número de exacerbações/ mês, aderência ao tratamento, e reclassificação de gravidade dos pacientes asmáticos. Em consulta com a auxiliar de enfermagem, pacientes passarão para relatar estado de saúde atual (exacerbação ou não) podendo ser direcionados a consulta médica dependendo da necessidade, e deixarão suas receitas de medicação de alto custo para atualização de formulário e obtenção dos mesmos. Na consulta médica, será feita a revisão do tratamento, solicitação anual de espirometria bem como encaminhamento ao especialista nos casos graves e refratários.

3.5 Avaliação e monitoramento

Os pacientes que participarão do grupo farão exames periódicos de rotina e função pulmonar para acompanhamento da evolução dos casos, com registro em prontuário e em arquivo específico do grupo de intervenção.

As ACS serão orientadas a levantar dados de internações e outras complicações destes pacientes especificadamente, além do levantamento de possíveis casos novos.

Ao final do período de um ano, os dados dos pacientes serão consolidados e avaliados para continuidade do tratamento, com exposição aos pacientes para participação na gestão do cuidado.

4. Resultados esperados

Uma vez consolidado o projeto, espera-se aumentar o número de diagnósticos de Asma e DPOC no território de Vila Barreto Alto, melhorar o controle da doença, promover auto-conhecimento pelos portadores, evitar sobrecarga do setor terciário com casos de exacerbações graves, potencialmente previsíveis e reduzir a morbimortalidade das doenças respiratórias crônicas.

Além da esquematização diagnóstica e terapêutica que facilitará abordagem da doença, otimizando a qualidade de vida de seus portadores, o acompanhamento regular e a estratificação da gravidade individual continuamente, estreita o contato dos pacientes com o Posto de Saúde da Família e toda sua equipe, de certa forma, re-significando aos usuários a importância da atenção primária.

Ao fortalecer os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade a intervenção provará sua eficácia após sua consolidação a longo prazo, pela alteração dos dados estatísticos municipais e melhora dos indicadores de saúde referentes ao tema.

5. Cronograma

Atividades	Jun/14	Jul/14	Ago/14	Set/14	Out/14	Nov/14	De/14	Jan/15	Fev/15
Escolha do tema	X								
Busca ativa de sintomáticos nas micro áreas pelas ACS		X	X						
Revisão de Prontuários de pacientes Asmáticos ou com DPOC da Unidade		X	X						
Levantamento bibliográfico		X	X	X					
Elaboração de Questionário norteador				X					
Consulta médica e de enfermagem para os pacientes triados					X	X			
Resumo de dados obtidos e finalização do projeto							X	X	
Apresentação do Projeto									X

6. Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção básica: doenças respiratórias crônicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 25; Brasília- DF, 2010.
2. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. 2012, Vol. 38 - Supl. 1.
3. Global Initiative for Asthma – GINA .Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2010. Disponível em: http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2010.pdf.
4. Diretrizes de 2011 da GOLD: quais as implicações para o atendimento primário? *Prim Care Respir J* 2012; **21**(4): 437-441
5. Jornal Brasileiro de Pneumologia. II Consenso sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC-2014; vol. 30- sup. 5
6. World Health Organization. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) Baske.
7. Mendes, E V; O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília- DF; 2012.
8. Azevedo, A L S; Silva, R A; Tomasi, E; Quevedo, L A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1774-1782, set, 2013 .
9. Macinko J; Inês Dourado I; Guanais F. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento- Novembro; 2011.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Plano nacional de Saúde. Um Pacto Saúde no Brasil. Brasília-DF; Janeiro, 2005
11. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção básica: Programa de Saúde da Família. Brasília- DF; 2000.

Anexo 2

QUESTIONARIO NORTEADOR: ASMA E DPOC

1. DIAGNÓSTICO

a) Tem falta de ar recorrente?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

b) Apresenta sibilância (chiado)?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

c) Apresenta “Pigarro” e/ou tosse secretiva matinal recorrente?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

d) Sintomas pioram no inverno (frio)?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

e) Sintomas pioram ao realizar exercício físico? Em qual intensidade?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

() Grandes esforços () Moderado esforço () Mínimos esforços

e) Sintomas pioram a exposição a alérgenos (cheiro forte, mofo, ácaro, fumaça)?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

f) História pessoal de atopia (Rinite/dermatite)?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

g) História familiar de asma ou atopia?

SIM NÃO NÃO SEI

h) História pessoal de tabagismo atual ou passado? Quantos anos/maço?

SIM NÃO NÃO SEI

i) Melhora com uso de Broncodilatador (Berotec/ Aerolin) ou Corticóide sistêmico (Predinisona)?

SIM NÃO NÃO SEI

2. MEDICAMENTOS ATUAIS (Todos)

3. ESPIROMETRIA

a) Data da última:

b) Padrão: Obstrutivo Restritivo

c) Conclusão

4. RX DE TÓRAX

a) Data do último:

b) Conclusão:

3. DIAGNÓSTICOS FINAIS

ASMA

1. CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE ASMA

Parâmetros	Asma Controlada	Asma Parcialmente Controlada	Asma não Controlada
	Todos os parâmetros abaixo	1 a 2 parâmetros abaixo	3 ou mais dos parâmetros de asma parcialmente controlada
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2 na semana	Três ou mais por semana	
Limitações de atividades físicas	Nenhum	Qualquer	
Sintomas/despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	
Necessidade de medicação para alívio	Nenhum ou ≤ 2 na semana	Três ou mais por semana	
Função Pulmonar (PFE e VEF1)	Normal	80% do predito ou do melhor prévio	

2. CONTROLE AMBIENTAL

() Adequado () Inadequado Obs:

3. CONDUTA

DPOC

1. CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DPOC

	Leve (I)	Moderada (II)	Grave (III)	Muito Grave (IV)
VEF1/CVF	< 0,7	< 0,7	< 0,7	< 0,7
VEF1	>= 80% do previsto	>50 e < 80% Previsto	> 30 e < 50% do previsto	< 30% do previsto

2. VACINAÇÃO

a) Anti pneumococica (> 60 anos)

SIM NÃO NÃO SEI

b) Influenza (> 60 anos)

SIM NÃO NÃO SEI

3. CONDUTA

Anexo 3

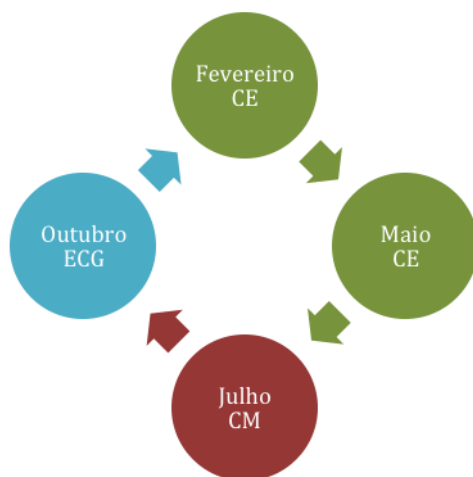
FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO

Atendimento Grupo Asma e DPOC será na última sexta feira dos meses de Fevereiro, Maio, Julho e Outubro.

Grupo 1. Casos graves e muito graves de DPOC
Casos Asma não controlada



Grupo 2. Casos Moderados de DPOC
Casos parcialmente controlados de Asma



Grupo 3. Casos Leves de DPOC
Casos Controlados de Asma



Legenda:

- CM: Consulta Médica
- CE: Consulta Enfermagem
- CA: Consulta com Auxiliar de Enfermagem
- ECG: Educação continuada em grupo

Obs: No caso de Asma, será feita a reclassificação a cada consulta (CM, CE, CA). Logo, o paciente pode mudar de grupo (1,2 ou 3) e de acompanhamento de acordo com necessidade.