

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

JUAN CARLOS IGLESIAS CALDERIN

AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES
COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

JUIZ DE FORA-MG
2016

JUAN CARLOS IGLESIAS CALDERIN

**AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES
COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS**

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

Orientadora: Prof^ª. Me. Grace Kelly
Naves de Aquino Favarato

**JUIZ DE FORA-MG
2015**

JUAN CARLOS IGLESIAS CALDERIN

**AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES
COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS**

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

Orientadora: Prof^ª. Me. Grace Kelly
Naves de Aquino Favarato

Banca Examinadora

Prof^ª. Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro-UFTM- Orientador(a)

Prof^ª –Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM-
Examinador(a)

Aprovado em Uberaba em: 09/05/2016.

Dedicatória

À comunidade de Barroso- Minas Gerais que me acolheu;

À minha Equipe de Saúde, do Posto Doutor João Diogo Sobrinho que muito me incetivou em especial à minha Tutora Professora Mestre Grace Kelly Naves de Aquino Favarato pela paciência e transmissão de seus conhecimentos.

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte.”(Pessini L. 2007)

RESUMO

As doenças respiratórias são doenças que afetam o sistema respiratório (boca, laringe, pulmão, cavidade pleural, tubos bronquiais, traqueia, trato respiratório superior e inferior, nervos e músculos da respiração). O aumento de doenças cardiorrespiratórias, pneumonias e agravantes do sistema respiratório estão muito presentes na vida dos usuários da unidade de saúde, principalmente por se tratar de uma região com excessivo grau de poluição. O objetivo do estudo foi elaborar um projeto de intervenção que seja capaz diminuir a incidência e agravantes das doenças respiratórias e da demanda a nível secundário. O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Doutor João Diogo Sobrinho, no município de Barroso-Minas Geral, com o apoio da Equipe de Saúde, da Secretaria de Saúde, Organizações Não Governamentais e Associações de Bairros. Foi desenvolvido um plano de ação a fim de reduzir os casos novos de doenças respiratórias, com base na literatura científica presente nas bases de dados eletrônicos: BIREME, Lilacs e Medline. O que se espera com a implantação das ações é instruir a equipe multiprofissional a proceder adequadamente na prevenção da pré-crise, sobre o uso correto de dispositivos inalatórios e programas contra tabagismo. Acredita-se amplamente na importância de profissionais mais capacitados atuando de forma mais efetiva na resolução dos reais problemas de saúde, aliando conhecimento popular ao científico e fortalecendo tais práticas num futuro bem próximo.

Descritores: doenças respiratórias, promoção da saúde, morbimortalidade

ABSTRACT

Respiratory diseases are diseases that affect the respiratory system (mouth, larynx, lung, pleural cavity, bronchial tubes, trachea, upper and lower respiratory tract, nerves and breathing muscles). The increase of cardiorespiratory diseases, pneumonia and worsening of the respiratory system are very present in the life of the health unit users, mainly because it is a region with excessive degree of pollution. The aim of the study was to develop an intervention project to be able to reduce the incidence and aggravating respiratory disease and the secondary demand. The study was developed in Basic Health Unit João Diogo Sobrinho, in the municipality of General Barroso-Mines, with support from the Health Team, Department of Health, NGOs and Neighborhood Associations. an action plan was developed to reduce new cases of respiratory diseases, based on the scientific literature in this electronic databases: BIREME, Lilacs and Medline. What is expected from the implementation of the actions is to instruct the multidisciplinary team to proceed properly in preventing pre-crisis on the correct use of inhaler devices and programs against smoking. It is widely believed in the importance of more trained professionals working more effectively in the resolution of real health problems, combining popular knowledge to scientific and strengthening such practices in the near future.

Key words: respiratory diseases, health promotion, morbimortality

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO DA EQUIPE	
1.1-Diagnóstico Situacional-----	09
1.2-Justificativa-----	15
1.3-Objetivos: Geral-----	16
Específicos-----	16
1.4-Metodologia-----	17
2-REVISÃO DE LITERATURA-DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	
2.1-Definição-----	18
2.2-Doenças mais comuns: Gripe-----	19
Resfriado-----	20
Asma-----	20
DPOC-----	21
3-PROPOSTA DE AÇÃO-----	23
4-COMENTÁRIOS FINAIS-----	26
REFERÊNCIA-----	27

1-INTRODUÇÃO

O trabalho foi desenvolvido na cidade de Barroso, Minas Gerais, no Posto de Saúde Doutor João Diogo Sobrinho, com a participação do médico e uma equipe multiprofissional (enfermeiro, técnicos em enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde) e dos atores principais de toda uma ação: os usuários do serviço de saúde. Houve uma tendência crescente para hospitalização de pacientes com doenças respiratórias nos últimos anos, onde se sentiu a necessidade de priorizar uma reorganização das demandas na Atenção Primária de Saúde (APS), minimizando o número destas internações e consequentemente os gastos no sistema de saúde, por doenças consideradas evitáveis.

1.1-Diagnóstico Situacional

A cidade mineira de Barroso, nas margens da BR.265, com uma população estimada de 20.693, tem como capital do estado Belo Horizonte e está entre as cidades que fazem parte do circuito Trilha dos Inconfidentes, circuito turístico do estado de Minas Gerais (BRASIL, 2016).

FIGURA 1- Mapa do Circuito Turístico Trilha dos Inconfidentes (MINAS GERAIS, 2011)



Barroso é um município jovem. Sua história está diretamente ligada aos viajantes que percorriam a região das Minas Gerais em busca de ouro, repousando na Fazenda do Alferes Joaquim Barroso, conhecida entre eles como "Fazenda do Barroso", daí o nome do município.

Quem pelo Arraial se hospedava, diziam “ter pousado em Barroso”. No próprio terreno deste Alferes foi construída a capela de Nossa Senhora Santana, ao seu redor cresceu o povoado. A cidade foi então se formando sob as ruínas da fazenda. Foi somente no dia 12 de dezembro de 1953 que se emancipou a Município, há 61 anos (Lei Estadual número 1.039). Um fato marcante, além da chegada do progresso com a estrada de ferro em 1879, foi também a criação de uma Comarca em 2002. (MINAS GERAIS, 2011).

Economia

No início da década de 1950 com a chegada de uma indústria cimenteira conhecida como Companhia de Cimento Portland Barroso atraiu pessoas que buscavam oportunidade de emprego. Atualmente, se destaca no cenário nacional como grande produtora de cimento principalmente após ter sido vendido ao Grupo Suíço Holderbank , passou a ser conhecida como Holcim S/A . Através de um projeto de expansão ampliou o mercado de trabalho na cidade, priorizando sua melhor matéria prima, o cimento e terceirizando as demais atividades (Holcim S/A,2015) .

FIGURA 2- Fabrica de cimento Holcim Brasil S.A. em Barroso



Imagem postada no Jornal local Barroso em Dia-Ag.;2014

Há também algumas empresas de pequeno porte e estabelecimentos comerciais variados.

Território e População Adscrita

A população estimada em 2015 era de 20.693, 4% a mais que em 2012. O mesmo censo indica ainda que em 2010, 9,65% seria de brancos, 2,20% de negros e havendo outras pequenas miscigenações (BRASIL, 2016).

Na saúde conta com o apoio de sete Unidades Básicas de Saúde nos respectivos bairros de acesso (Figura 3) e um único Hospital Prefeito Macedo Couto que oferece suporte para cidades vizinhas que não possuem este tipo de atendimento. Em destaque a Unidade Básica de Saúde Dr. João Diogo Sobrinho, dando cobertura ao Bairro Joaquim Gabriel de Souza (Figura 4). Em relação aos serviços de energia elétrica possui a Cemig, água fluoretada e tratada por sistema de capacitação, a COPASA, telefonia móvel e fixa por meio de operadoras, um correio e três bancos no centro da cidade. Possui um nível de alfabetização de 89% de 7-14 anos e acima de 15 anos na escola (BRASILb, 2015).

FIGURA 3- Mapeamento das Estratégias de Saúde da Família de Barroso-MG



Imagem cedida pela Secretaria de Saúde-2008

FIGURA 4 - Mapeamento da Unidade de Atenção Básica Dr. João Diogo Sobrinho

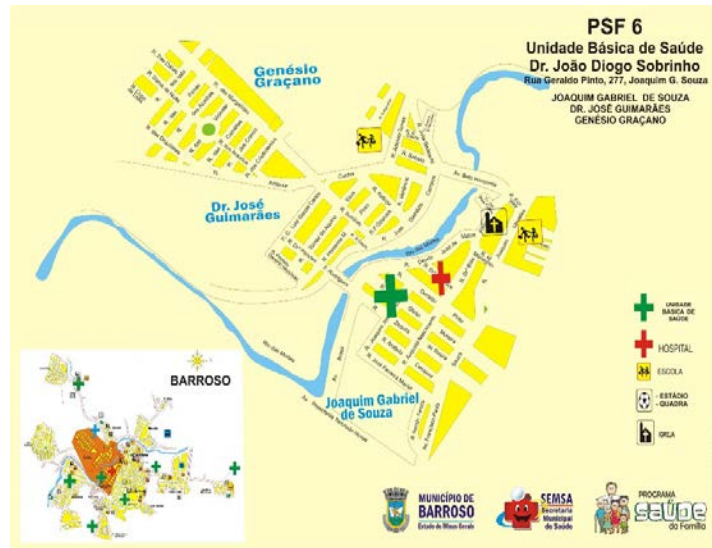


Imagem cedida pela Secretaria de Saúde-2008

Dados Epidemiológicos de Morbimortalidade

Confirmando a priorização do tema escolhido, **Ação para redução da alta incidência de pacientes com doenças respiratórias**, há um aumento da estatística de morbimortalidade por doenças respiratórias tão significativa quanto às já ocorridas por doenças do aparelho circulatório e neoplasias, aonde se torna necessário que os profissionais de saúde da família sejam capacitados a promover um melhor tratamento, aumentando a qualidade de vida e conseqüente diminuição de internações e mortalidade por tal doença (BRASILb, 2014).

As causas de morbidade e de mortalidade seguem a tendência mundial: primeiro as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório e das causas externas.

Sistema Local de Saúde

A equipe onde o trabalho é desenvolvido é constituída de 11 integrantes, sendo um médico, uma enfermeira chefe, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde, uma digitadora, uma recepcionista e uma ajudante de faxina.

FIGURA 5- Espaço físico da Unidade de Atenção Básica Dr. João Diogo Sobrinho

EQUIPE



SALA DE ESPERA



SALA DE CURATIVOS

Fotos cedidas pela Unidade Básica de Saúde Dr. João Diogo Sobrinho-2016

São de responsabilidade da unidade, atendimento médico e curativo de 816 famílias da área urbana e 2 famílias da área rural, distribuídas nas 5 micro áreas adjacentes. Há participação de grupos como EJA (Educação para Jovens e Adultos) nos projetos sociais organizados pela unidade de saúde. Há uma reunião mensal com diabéticos e hipertensos, totalizando 12 reuniões ao ano. As mesmas são realizadas na sala de reuniões da unidade ou no salão da associação da comunidade.

A unidade se encontra num espaço físico alugado, mas adequado para um bom atendimento básico e o acesso pode ser feito a pé dependendo das condições físicas do

usuário. Em 2015, entre os 351 atendidos na unidade e 28 em visitas domiciliares, sete foram hospitalizados por complicações cardiorrespiratórias e 2 usuários foram á óbito. Sendo assim, torna-se importante a realização do projeto de intervenção voltado para o cuidado e prevenção de doenças respiratórias, uma vez que, a região encontra-se propensa ao desenvolvimento desses processos patológicos.

1.2 - JUSTIFICATIVA

O aumento de doenças cardiorrespiratórias, pneumonias e agravantes do sistema respiratório estão muito presentes na vida dos usuários da unidade de saúde, principalmente por se tratar de uma região com excessivo grau de poluição (cimenteira existente na cidade e em pleno processo de expansão) e o baixo clima (muito frio nesta estação de inverno- junho a setembro), justifica a realização de um projeto que priorizasse uma reorganização das demandas na Atenção Primária de Saúde (APS), reduzindo a incidência de tais doenças e o excesso de internações a nível secundário, já que a cidade também possui um único hospital, sem Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), que atende sua população e de algumas cidades vizinhas. É certo que muito dos projetos enfatizariam as doenças crônicas não transmissíveis, direcionando o projeto para uma constante reclamação da população. Conforme citado, nenhum tratamento terá resultados satisfatórios se não houver interesse na solução do fator de risco que incide neste processo. Evidências através de estudos epidemiológicos demonstraram que a exposição à poluentes grossos e MP(sub produto da poluição) aumenta a incidência de sintomas das vias aéreas superiores (SHUSTERMAN, 2011) e das vias aéreas inferiores (KELLY e FUSSEL, 2011).

2 - OBJETIVOS

GERAL

Elaborar um projeto de intervenção que seja capaz diminuir a incidência e agravantes das doenças respiratórias e da demanda a nível secundário.

ESPECÍFICOS

1. Realizar campanhas educativas nos meios de comunicação disponíveis;
2. Definir programas de capacitação para os profissionais de saúde e cuidadores;
3. Criar e divulgar na comunidade folhetos educativos sobre os riscos das doenças respiratórias.

3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Doutor João Diogo Sobrinho, no município de Barroso-Minas Geral, com o apoio da Equipe de Saúde, da Secretaria de Saúde, Organizações Não Governamentais e Associações de Bairros.

O estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira descritiva sobre as principais doenças recorrentes na Unidade e a segunda um estudo de planejamento e intervenção entre os usuários cadastrados.

Foi realizada uma busca de artigos nas bases eletrônicas BIREME, Lilacs, Medline e Ministério da Saúde a fim de realizar uma revisão de literatura sobre processos patológicos respiratórios.

4-REVISÃO DA LITERATURA

Doenças Respiratórias

4.1-Definição

São doenças que afetam o sistema respiratório (boca, laringe, pulmão, cavidade pleural, tubos bronquiais, traqueia, trato respiratório superior e inferior, nervos e músculos da respiração). Pode se iniciar por um simples resfriado e chegar ao óbito por uma pneumonia bacteriana ou embolia pulmonar. No Brasil, pode-se observar um aumento na população de idosos, 23 milhões em 2015, e uma busca incessante de um aumento na qualidade e expectativa de vida. Em determinadas cidades brasileiras como São Paulo, devido ao excesso de poluição ambiental, há um crescimento contínuo de óbitos por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (MENEZES *et al.*, 2005) e dentre as principais causas se destaca o tabagismo (JARDIM *et al.*,2004).

Educar o paciente quanto ao autocuidado e oferecer programas de apoio reduzirá muito as internações, os gastos da saúde pública e conseqüentemente a exacerbação da doença crônica e o risco de mortalidade. Esta função de melhora depende de toda uma equipe multiprofissional para assegurar o sucesso do tratamento (BORBEAU e BARTLE, 2008).

Em qualquer que seja a doença, se houver uma boa comunicação entre o médico e o paciente no momento da consulta, haverá melhora no conhecimento da doença e seu tratamento, principalmente o uso adequado dos medicamentos como os corticoides inalatórios no caso das doenças respiratórias. Estes são mais efetivos quando instruídos em grupos (VAN DER PALEN *et al.*,1997).

Há uma estimativa de milhões de morte por ano associadas ao uso de produtos do tabaco e infelizmente até entre os fumantes passivos, sendo que, no Brasil estima-se 200 mil mortes por ano (OMS,2015). Um fator importante foi a CQCT (Convenção-Quadro para Controle do Tabaco), onde o Brasil faz parte, promovendo ações e programas para proteger a saúde da população, com intenção de diminuir adeptos ao uso de produtos derivados do tabaco, através de monitoramento, aconselhamento na Atenção Primária de Saúde , advertência nas embalagens, proibição de publicidades e aumento nos impostos destes produtos (BAZOTTI *et al.*,2016).

Outro problema grave que vem aumentando o índice das doenças respiratórias é a conseqüente falta de ação na política ambiental. Cálculos projetados afirmam que, até 2030,

somente no estado de São Paulo haverá 250 mil mortes entre doenças circulatórias e respiratórias. Esse quadro alerta para o que está ocorrendo em várias cidades brasileiras, como na pequena e pacata cidade de Barroso, sobre o impacto da poluição atmosférica em relação à saúde da população, pois não há um monitoramento da qualidade do ar e as internações por doenças respiratórias tem apresentado um índice significativo em relação a outras doenças como as circulatórias (OMS, 2015).

Segundo CHANG *et al* 2012, os efeitos agudos dos poluentes sobre a saúde se manifestam a um curto espaço de tempo, horas ou dias e os efeitos crônicos após anos ou décadas. O sistema respiratório será o mais atingido e crianças e idosos serão sempre os mais comprometidos. Isto se explica porque nas crianças o sistema imunológico não está totalmente desenvolvido, apresentam uma maior ventilação por minuto além deles estarem sempre mais em ambientes externos (KÜNZLI *et al.*,2010), e nos idosos o sistema imunológico está mais fragilizado, e sempre com declínio da função e capacidade pulmonar (SHARMA e GOODWIN, 2006) .

Importante ressaltar também que nas estações do outono/inverno o aparelho respiratório fica mais propenso a ser alvo de doenças virais, principalmente a gripe e o resfriado, ambas consideradas gatilhos para agravar as alergias respiratórias, podendo, se não controladas adequadamente, levar ao óbito. Uma das formas de controle destas infecções virais é a imunização.

Há uma interação entre gripe, resfriado e alergias respiratórias. Pacientes com doenças crônicas respiratórias como a asma, rinite alérgica e DPOC requerem uma maior atenção por parte da Atenção Primária de Saúde pois os fatores de herança poligênica associados a fatores ambientais podem levar a doença, de um nível moderado ao grave em um espaço curto de tempo, surgindo o risco de morte à este cliente. O curso normal da doença viral é benigno, mas se acometer pacientes alérgicos pode até levar à morbimortalidades.

4.2-Doenças Respiratórias mais comuns:

- GRIPE (Influenza)

É uma das infecções respiratórias mais frequentes e uma das maiores causadoras de mortalidade e internações entre os lactentes, mas afeta também a população acima dos 65

anos. O vírus é a Influenza e é altamente contagioso e se dá por contato direto, partículas aerossolizadas ou objetos contaminados pelo doente (HEIKKINEN, 2006). Para se evitar a potencialização do vírus, principalmente nas estações de risco outono/inverno, há a imunização para os indivíduos considerados como grupo de risco. Mesmo após a imunização, o quadro gripal pode aparecer, mas com muito menos intensidade. Após gripar, este mesmo grupo de indivíduos tem que ser monitorados para que se evitem complicações secundárias como a pneumonia.

Sintomas: Febre, tosse, mialgia, fraqueza, dor de garganta, anorexia, coriza. Diarreia e vômitos são menos frequentes.

Tratamento: Antigripal; repouso e muito líquido.

- RESFRIADO

È muito comum e o vírus que mais acomete entre outros é o rinovírus. O contágio é semelhante ao da gripe, mas quando se trata do rinovírus a contaminação se dá pela auto inoculação (contato da mão contaminada com a mucosa nasal ou ocular) (GAUDERMAN et al., 2004).

Sintomas: nasofaríngeos (acometimento da faringe, congestão, coriza e espirros). Pode ter uma duração de sete a dez dias até três semanas; febre às vezes e quando ocorre é baixa; rouquidão; dor de cabeça e indisposição em alguns casos (MÄKELLÄ *et al.*, 1998 apud HEIKKINEN *et al.*, 2004).

Quando não diagnosticada e sem tratamento terapêutico adequado pode passar para complicações bacterianas como a sinusite. A pneumonia pode ocorrer, mas em raros casos.

Tratamento: Descongestionantes tópicos ou sistêmicos, corticoides tópicos e sistêmicos, medicamentos antivirais e quanto à imunização também há questionamentos quanto a eficácia por existirem diversos vírus que causam a doença.

- ASMA

São doenças crônicas alérgicas inflamatórias que comprometem o bom funcionamento do trato respiratório superior e são muito semelhantes quanto às manifestações clínicas. Decorrem de uma associação de herança poligênica, onde por intermédio de fatores ambientais (fumaça de cigarro, ácaro; vírus; poeira e uma diversidade de outros poluentes), e

fatores climáticos, como por exemplo nas estações do outono/inverno, podem exacerbar e trazer complicações graves à saúde do paciente. Pode se dizer que as doenças virais são importantes fatores no agravamento das crises asmáticas. Hoje deixou de ser considerada uma doença e passou a ser encarada como uma síndrome do trato respiratório. Sintomas: Asma leve: Espirros, coriza, broncoconstrição pulmonar. Asma grave: Tosse, dispneia, sibilos, opressão torácica e despertar noturno. Tratamento: Na asma considerada leve se faz uso de corticosteroide inalatório e às vezes corticoterapia oral (CAMPOS, 2016).

Na asma grave faz se uso de broncodilatadores e mediadores antiinflamatórios (VARELLA, 2011). Na asma considerada difícil, devido o agravamento por uso inadequado do corticoide inalatório, o não reconhecimento da doença e a falta de monitoramento e instruções por parte de uma equipe multiprofissional impõe a necessidade de hospitalização com terapia intensiva e ventilação mecânica. O que diferencia a asma grave (AG) da asma de controle difícil (ACD) é apenas a conduta terapêutica.

- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Trata-se de um grupo de doenças pulmonares crônicas que bloqueiam o fluxo de ar (dispneia), dificultando a respiração e podendo até levar a morte. É uma doença de acometimento lento e no seu estágio inicial traz falta de ar por qualquer esforço físico até mesmo ao subir uma escada e com o tempo até mesmo em repouso há comprometimento da respiração. Está entre as principais causas de mortalidade no mundo e, no Brasil, não seria diferente, somente perdendo para as doenças circulatórias e neoplasias (MENEZES et al., 2005). Uma das causas de seu agravamento é a insistência em não parar de fumar (Tabagismo), que pode passar de uma bronquite crônica à um enfisema pulmonar fatal (JARDIM *et al.*,2004).

Em 2003, as internações pelo Sistema Único de Saúde pela doença ficou na quinta posição entre pacientes com mais de 40 anos. Ao longo dos anos, a doença por ser progressiva, principalmente quanto ao uso excessivo de produtos do tabaco, já emite sintomas muitas das vezes despercebidos como o famoso “pigarro do fumante”. Quanto maior a intensidade do tabagismo maior o comprometimento da função pulmonar (VESTBO *et al.*,2009).

O que se observa é que a DPOC passa de moderada para grave, devido a não aceitação do uso dos medicamentos inalados ou até mesmo o uso incorreto dos mesmos.

Sintomas: Tosse (pigarro do fumante), dispnéia, limitação das atividades, secreção e sibilos. Tratamento: corticosteroides, bronco dilatadores (GOLD, 2011). Há também a necessidade de um monitoramento rotineiro radiológico para afastar a possibilidade de outras doenças pulmonares, como a neoplasia pulmonar além de oximetria/gasometria (SHUSTERMAN, 2011). Esta doença pode confundir com o diagnóstico da asma brônquica pelos sintomas semelhantes mas a resposta adequada ao uso do corticoide inalatório é o que os diferencia.

Sendo assim, é de grande relevância os estudos acerca das doenças respiratórias, uma vez que, a população de idosos no Brasil tende a aumentar a cada ano, e eles são os principais afetados por esses processos patológicos com mal prognóstico para essa população. É importante o investimento em políticas públicas de saúde voltadas especialmente para a população idosa, para prevenção dessas doenças e promoção de saúde para uma melhor qualidade de vida.

5-PROPOSTA DE AÇÃO

Problema escolhido: Doenças Respiratórias.

Problemas encontrados na área de abrangência:

Segundo o cálculo e taxas de morbidade, a faixa etária mais acometida frequentemente foi dos 20 aos 39 anos. As morbidades de maiores incidência são (BRASILb, 2015) :

- 1- Infeciosas e parasitárias;
- 2- Doenças respiratórias;
- 3- Doenças circulatórias;
- 4 Complicações na gravidez, parto e puerpério .

Mortalidade acometendo a terceira idade por agravamento das doenças circulatórias e respiratórias.

Após reunião com a equipe foi fácil levantar as prioridades da população adjacente mediante interpretação dos dados simplificados acima: atenção básica voltada para os portadores de doenças cardiorrespiratórias.

Problema escolhido: Ação para redução da alta incidência de pacientes com Doenças Respiratórias.

Dificuldades encontradas:

-Fatores ambientais: fábrica de cimento que contribui excessivamente para o agravamento da doença devido a poluição que libera; e em alguns domicílios precária situação higiênica e sanitária.

-Atendimento inadequado na atenção primária/ secundária: poucos recursos para exames complementares, poucos leitos em caso de internação (um único hospital na cidade que abrange usuários de cidades vizinhas), profissionais sem capacitação e falta de equipes de apoio para estímulo ao autocuidado.

-Dificuldade do usuário quanto à continuidade do tratamento: interrupção do tratamento de forma espontânea, ficando sem monitoramento clínico na atenção primária; persistência de hábitos nocivos/ tóxicos; falta de acompanhamento por parte da família aos

idosos em tratamento (fazem uso incorreto das medicações); uso incorreto quanto ao uso dos corticoides inalatórios

-A automedicação: o doente respiratório faz uso de tratamentos alternativos acarretando o agravamento da doença.

-Reconhecimento da doença: a falta de capacitação de alguns agentes comunitários de saúde em levar ao domicílio de sua competência esclarecimentos aos portadores da doença respiratória crônica e a condução dos mesmos à continuidade do tratamento.

-Desenho das Operações

Nó Crítico	Operações/Projetos	Resultados Esperados	Produto	Recursos necessários
Fatores Ambientais	Viver Melhor -Conscientização e informação; -Melhoria na qualidade de vida.	Preservação Ambiental.	Campanha Educativa nos meios de comunicação disponíveis; -Mobilização Social.	Econômicos: custear folhetos educativos e os meios audiovisuais. -Políticos: apoio à mobilização social. -Cognitivo: Informação.
Atenção Primária /Secundária Inadequada	Mais Saúde -Capacitação dos Profissionais ; -Ampliação do Atendimento.	Diminuição do índice de mortalidade; Eficiência nos atendimentos; Qualidade na priorização da emergência. Monitoramento clínico	Programa de Capacitação; Mais exames e consultas especializadas.	Organizacional: espaço físico adequado e equipamentos modernos. Político: aprovação do custeio intersetorial das redes. Econômico: custeio das implementações do programa e especialidades. Cognitivo: mais informação.

Descontinuidade do Tratamento	Cuidar Melhor: Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos das doenças respiratórias; Capacitação das equipes de saúde.	Programas de Capacitação; Avaliação do nível de conhecimento do usuário.	Controle da doença; Programa de Capacitação das agentes comunitárias de saúde de maneira mais periódica; Protocolos mais atualizados .	Cognitivo: estratégias para informações; Organizacional Espaço físico adequado.
Automedicação	Linha de Cuidado: Mais informação sobre os riscos de tal doença	Cartilhas ou folhetos informativos	Conscientização Social; Resposta adequada ao tratamento.	-Econômico: custeio do material explicativo; Organizacional: Espaço físico necessário; -Cognitivo: mais informação.

-Campanhas Educativas nos meios de comunicação audiovisual (sobre os efeitos dos poluentes nas vias respiratórias). A cada comunicação um novo tema sobre a doença respiratória: Início a partir de seis meses com um período indeterminado para término;

-Programa de capacitação dos profissionais de saúde e cuidadores (Para que sejam os intermediários diretos do problema ao Sistema) e aprendizagem quanto a técnica correta do uso dos inalatórios :Início do plano a partir de 5 meses;

-Programas Informativos; Projeto Educativo sobre os riscos da doença respiratória (Através de folhetos divulgados em todos os bairros e regiões rurais): Início a partir de três meses.

- Campanha Educativa a nível Escolar (Como forma inicial de conhecimento desta doença que inicial parece ser tão simples): início a partir de cinco meses com o interesse de passar a ser um processo permanente nas Escolas.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se espera com a implantação das ações é instruir a equipe multiprofissional a proceder adequadamente na prevenção da pré-crise, sobre o uso correto de dispositivos inalatórios e programas contra tabagismo. É melhorar o vínculo do paciente com a Unidade de Saúde e a qualidade da saúde da população, evitando assim a predisposição e o acometimento por doenças respiratórias em níveis mais avançados. Acredita-se amplamente na importância de profissionais mais capacitados atuando de forma mais efetiva na resolução dos reais problemas de saúde, aliando conhecimento popular ao científico e fortalecendo tais práticas num futuro bem próximo. Como resultados futuros, uma minimização nas taxas de morbimortalidade por tais doenças resultando em menor gasto no orçamento da saúde pública e pacientes bem orientados quanto ao autocuidado.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
- BARROSO .Prefeitura Municipal de Barroso- PMB .Sistemas para Gestão Pública-SH3 Informática Ltda. out.2011.
- BAZOTTI, A; FINOKIET, MANUELA; CONTI ,IRIO LUIZ; FRANÇA,MARCO TULIO ANICETO;WAQUIL, PAULO DABDAB . Ciência Saúde Coletiva. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009.vol. 21; jan. 2016.Pág.45-52.
- BORBEAU, J; BARTLETT, S.J. Patient adherence in Copd. Thorax. 2008 ;63(9):831-8. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2014;
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Infográficos/ cidades /Barroso. Minas Gerais, 2016.
- BRASILb .Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS, 2014- tabnet /SIM-0,(última atualização 30/03/2015 09:37:00).
- CAMPOS, H.S. Jornal Brasileiro de Medicina, jan. 2016. Asma Grave.vol.103.nº2.
- CHANG, Y.K; WU, C.C; LEE, L.T; LIN, R.S; YU, Y.H; CHEN, Y.C. The short-term effects of air pollution on adolescent lung function in Taiwan. Chemosphere. 2012;87 (1):26-30.
- GAUDERMAN, W.J; AVOL, E; GILLILAND, F; VORA, H; THOMAS, D; BERHANE, K., et al. The effect of air pollution on lung development from 10 to 18 years of age. N Engl J Med. 2004;351 (11):1057-67.
- GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Disease, 2010. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD [citado 10 mar 2011].
- HEIKKINEN, T; SILVENOINEN, H; PELTOLA, V; ZIEGLER, T; VAINIONPAA, R; VUORINEN, T; KAINULAINEN, L; PUHAKA, T; JARTTI, T; TOIKKA, P; LEHTINEN, P; ROUTI, T; JUVEN, T. Burden of influenza in children in the community. Infect Dis.2004 p.1369-73.
- HEIKKINEN, T. Influenza in children Acta Paediatrica ;2006;95(7) p.778-784.
- HOLCIM (BRASIL) S/A-Assessoria de Imprensa. ed. In Press Porter Novelli .mar.2015. JORNAL BARROSO EM DIA-foto Holcim S/A-Ago.2014.
- JARDIM, J; OLIVEIRA, J; NASCIMENTO, O. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. J Pneumol. 2004 ;30:S1-S42.
- KELLY, F.J; FUSSELL, J.C. Air pollution and airway disease. Clin Exp Allergy.

2011;41(8):1059-71.

KÜNZLI, N; PEREZ, L; RAPP, R. Air quality and health. Lausanne: European Respiratory Society; 2010.

MÄKELLÄ, M.J; PUHAKKA, T; RUUSKANEN, O; LEINONEN, M; SAIKKU, P; KIMPIMÄKI, M; BLOMQVIST, S; HYYPIÄ, T; ARSTILA, P. Viruses and bacteria in the etiology of the common cold; J clin Microbiol 1998 36: p. 539-42.

MENEZES, A.M.B; JARDIM, J.R; PÉREZ-PADILHA, R; et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO Study in São Paulo, Brazil. Cad Saude Publica. 2005; 21(5):1565-73.

MINAS GERAIS. ASSOCIAÇÃO DO CIRCUITO TURÍSTICO TRILHA DOS INCONFIDENTES-ATI . Portal Turismo de Minas Gerais. São João Del Rei, out. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-World Health Organization (OMS)-Cancer (WHO) Definition of Palliative Care[on line]. 2015 [citado 2015 mai 05].

SHARMA, G; GOODWIN, J. Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. Clin Interv Aging. 2006; 1 (3):253-60.

SHUSTERMAN, D. The effects of air pollutants and irritants on the upper airway. Proc Am Thorac Soc. 2011;8(1):101-5.

VAN DER PALEN; KLEIN, J.J; KERKHOFF, A.H ;VAN HERWAARDEN, C; SEYDE, L E. Evaluation of the long-term effectiveness of three instruction modes for inhaling medicines. Patient Educ Couns. 1997; 32(1):S87-95.

VARELLA, D. 2011.Entrevistas em Vídeo DOC Dr. Drauzio.Publicado em abr./2011

UNIFESP-Guia Básico para a elaboração de Referências Bibliográficas segundo a ABNT-Revista Entreteases; ago. 2014.