

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

**GONZALO POZO QUINTANA**

**DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE ENFERMIDADES RESPIRATÓRIAS  
VIRAIS NO MUNICÍPIO DE JABOTICATUBAS**

**LAGOA SANTA- MINAS GERAIS.  
2015**

**GONZALO POZO QUINTANA**

**DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE ENFERMIDADES RESPIRATÓRIAS  
VIRAIS NO MUNICÍPIO DE JABOTICATUBAS**

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

Orientador: Felipe Ferré

**LAGOA SANTA- MINAS GERAIS  
2015**

**GONZALO POZO QUINTANA**

**DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE ENFERMIDADES RESPIRATÓRIAS  
VIRAIS NO MUNICÍPIO DE JABOTICATUBAS**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Felipe Ferré – orientador

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

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

## **DEDICO**

Aos meus dois filhos que são o motor impulsor das minhas atividades, a fonte de inspiração para continuar trabalhando e lograr que a vida seja melhor.

Aos meus pais que sacrificaram muitas coisas nas suas vidas para que eu chegasse a me formar como medico, constituíram os exemplos e modelos os quais tenho seguido durante toda minha vida tanto pessoal quanto profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais por me dar todo o apoio necessário durante meus anos de estudo de medicina.

Aos professores que influíram na minha formação como profissional da saúde.

Ao sistema de saúde e educação cubano, o qual sem ele não tinha conseguido me formar como médico.

## RESUMO

O município de Jaboticatubas, Minas Gerais, tem uma população de 17.134 habitantes e uma infraestrutura deficiente com respeito às situações ambientais, e na atenção à saúde da população. Além disso, tem-se, ainda, uma população com baixo nível educacional e inadequados hábitos de higiene. Assim, este estudo objetivou elaborar um Projeto Intervenção com vistas à diminuição do alto índice de enfermidades respiratórias existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Cecília Rodrigues Miranda, Jaboticatubas. Esse projeto se baseou no planejamento estratégico situacional e pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: doenças respiratórias, ambiente e atenção primária à saúde. Espera-se que alcançar melhoraria das condições de saúde associadas aos hábitos de higiene por meio de ações educativas desenvolvidas pela equipe de saúde junto com a comunidade da Unidade Básica de Saúde Cecília Rodrigues Miranda, em Jaboticatubas.

**Descritores:**. Doenças respiratórias. Ambiente. Atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

The municipality of Jaboticatubas, Minas Gerais, has a population of 17,134 inhabitants and poor infrastructure with respect to environmental situations, and health care for the population. In addition, there is also a population with low education and inadequate hygiene habits. This study aimed to draw up an intervention project aiming to reduce the high rate of existing respiratory diseases in the area covered by the Basic Health Unit Cecilia Rodrigues Miranda, Jaboticatubas. This project was based on situational strategic planning and research in the Virtual Health Library, with the key words: respiratory diseases, environment and primary health care. It is expected to achieve improve the health conditions associated with hygiene through educational initiatives developed by health care team along with Unit of community primary healthcare Cecilia Rodrigues Miranda in Jaboticatubas.

Keywords :. Respiratory diseases. Environment. Primary health care.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	17
2	JUSTIFICATIVA .....	22
3	OBJETIVO .....	23
4	METODOLOGIA .....	24
5	REVISÃO DA LITERATURA .....	25
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	28
6.1	Identificação dos problemas .....	28
6.2	Descrição do problema .....	29
6.3	Explicação do problema .....	29
6.4	Nós críticos do elevado índice de enfermidades respiratórias .....	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	33
	REFERÊNCIAS .....	34

## 1 INTRODUÇÃO

Jaboticatubas é um município mineiro que se limita ao norte com Baldim, Santana do Riacho e Morro do Pilar; a leste, com Itambé do Mato Dentro e Itabira; ao sul por Nova União, Taquaraçú de Minas e Santa Luzia; a oeste, com Lagoa Santa, Pedro Leopoldo e Matozinhos, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A cidade teve origem nas sesmarias. No século XVIII, Félix da Costa, Ermitão da Caridade, iniciou as obras de construção do mosteiro de Macaúbas e na busca ansiosa de recursos, deparou-se com terras de aparência fértil e agradável “na barra do Jaboticatubas, Rio das Velhas abaixo”. Para dar continuidade às obras e manter as recolhidas, o Mosteiro negociou partes das terras, surgindo, então, as primeiras fazendas de gado (JABOTICATUBAS, 2014).

Em 1.753, o Capitão Manuel Gomes da Mota, proprietário da Fazenda do Ribeirão, mandou erigir uma Capela dedicada à Imaculada Conceição, onde aos poucos, foi se formando um povoado, núcleo da atual Cidade. Com o passar do tempo, o Ribeirão passou à condição de Curato, de Freguesia, Distrito, até que, com o território desmembrado de Santa Luzia, o Município de Jaboticatubas foi criado pela Lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938 (JABOTICATUBAS, 2014).

Jaboticatubas é uma palavra formada do tupi: *yabuti-guaba-tyba*, o jaboticabal. Jabuti-guaba pode também exprimir comida de cágado, fruto de que se alimenta o jaboti. A denominação “Jaboticatubas” provém do nome do ribeirão que banha a localidade, o qual, por sua vez, foi assim designado em virtude da abundância de pés de Jaboticatubas, planta da família das mirtáceas, gênero “Eugênia”, típica de solos úmidos de cerrado ocorrentes na área central de Minas Gerais (JABOTICATUBAS, 2014).

Em relação aos aspectos geográficos, Jaboticatubas tem uma área total de 1.114,972 Km<sup>2</sup> e um número aproximado de 5.396 domicílios e 4.615 famílias. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no período 1991 a 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Jaboticatubas cresceu 15,85%, passando de 0,631 em 1991 para 0,731 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 46,2%, seguida pela Longevidade, com 28,6% e pela Renda, com 25,2%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH-M e o limite máximo do Índice de

Desenvolvimento Humano - IDH, ou seja, 1 – IDH) foi reduzido em 27,1% (IBGE, 2010).

Os dados da tabela 1 apresentam o índice de desenvolvimento urbano de Jaboticatubas.

**Tabela 1:** Índice de Desenvolvimento Urbano do município de Jaboticatubas/MG, 1991 - 2010.

Indicadores	1991	2000	2010
IDH	0,631	0,731	0.68

Fonte: IBGE – censos e estimativas.

No que diz respeito à Taxa de Urbanização, os dados da tabela 2 mostram que em 1.991 havia maior concentração da população do município na área rural e com o decorrer dos anos a concentração maior passou a ser na área urbana. Observa-se que o município no período de 1991 a 2000 apresentou um crescimento populacional de 0,7% anual.

**Tabela 2:** Percentual de urbanização, Jaboticatubas/MG, 1991,2000, 2009 e 2010.

Ano	Urbana	%	Rural	%
1.991	5.009	39,40	7.707	60,60
2.000	7.116	52,59	6.414	47,41
2.009	8.686	52,60	7.828	47,40
<b>2010</b>	<b>10.741</b>	<b>62,74</b>	<b>6.378</b>	<b>37,25</b>

Fonte: IBGE – Censos e Estimativas.

Conforme dados da tabela 3, a renda per capita média do município cresceu 57,22%, passando de R\$ 117,24 em 1991 para R\$ 184,33 em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 75, 50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 27,13%, passando de 58,2% em 1991 para 42,4% em 2000. A desigualdade cresceu: o Índice de Gini passou de 0,56 em 1991 para 0,59 em 2000.

**Tabela 3:** Indicadores econômicos da população de Jaboticatubas/MG, 1991 e 2000.

Indicadores	1991	2000
Renda per capita média (R\$ de 2000)	117,2	184,3
Proporção de pobres (%)	58,2	42,4
Índice de Gini	0,56	0,59

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano.

O abastecimento de água tratada é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA-MG) desde 1983. A água que é distribuída à população é captada no Rio Jaboticatubas, e também em um poço profundo. É tratada em uma estação do tipo convencional, onde passa pelos processos de floculação, decantação, filtração, desinfecção, correção de pH e fluoreação. O sistema tem capacidade de produção máxima de 1,9 milhões de litros de água por dia. A COPASA atende em Jaboticatubas uma população de aproximadamente 7 mil habitantes. A água chega até seus imóveis percorrendo mais de 42.000 metros de redes de distribuição.

O recolhimento de esgoto é feito pela rede pública. A Sede é atendida em 90% das ruas, com rede de esgoto residencial, serviço mantido pela Prefeitura. Todo esgoto produzido é lançado "*in natura*" nos afluentes do Córrego São José (Mato de Nossa Senhora, Bom Jesus, Rodrigues e da Paciência) desaguando no Rio Jaboticatubas e conduzindo todos os resíduos lançados em seu percurso.

Em 2009 foi aprovado pelo Legislativo um projeto do executivo municipal para ampliação da concessão da COPASA de forma a incluir a coleta e tratamento do esgoto. As obras da rede coletora foram concluídas em 2010 e a Estação de Tratamento de Esgoto será concluída em dezembro de 2011.

No Distrito de São José do Almeida, o sistema foi implantado através do Programa Saneamento Rural, inclusive com estação de tratamento de esgoto que atende parcialmente a demanda, com 329 ligações de esgoto. O curso d'água que recebe o esgoto tratado é o Córrego São José.

Um grande percentual da população ainda não possui instalação sanitária no domicílio. Apesar da melhoria apresentada entre os anos de 1991 e 2000, com redução aproximada de 8%, este é ainda um grave problema para a Saúde Pública, que vem sendo enfrentado pela gestão municipal com a Educação em Saúde e a construção de Módulos Sanitários. Foram construídas a partir de 2009 63 instalações sanitárias e mais 83 estão em fase de implantação.

Apesar de a agropecuária ser a atividade econômica predominante, a indústria e o turismo são setores de grande perspectiva de crescimento, mas ainda praticamente inexploradas. Jaboticatubas conta atualmente com cerca de 30 indústrias, todas de pequeno porte.

O turismo, um dos setores mais rentáveis da atualidade, encontra seu desenvolvimento principalmente na Serra do Cipó, onde existem vários

empreendimentos de hospedagem e de lazer, entre hotéis, pousadas, restaurantes, balneários e áreas de camping, devido à exuberância de sua paisagem constituída pelas cachoeiras, fauna e flora.

Destaca-se que a população usuária da assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de 89.7%. Os recursos financeiros de saúde são movimentados por meio de fundos contábeis, cabendo à direção do SUS em cada esfera de governo a sua movimentação.

Quanto ao Programa Saúde da Família, no momento, o município de Jaboticatubas conta com seis equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma cobertura de cerca de 70%. O município conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma fundação hospitalar e dois laboratórios clínicos e um Hospital Geral. O município possui convênio com o Centro Vida-Vida, HIPERDIA, com atendimento especializado e HIPERDIA com clínica de laboratório com três pontos de coleta de exames.

O município faz referencia e contra referência entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fundação hospitalar e as diferentes especialidades que temos em nosso município: Ginecologia, Ortopedia, Pediatria, Cardiologia, Cirurgia, Urologia. Em Jaboticatubas tem alguns aparelhos de média complexidade que são: ultrassom e Raio X. Não há redes de alta complexidade.

Os recursos humanos em saúde contam com 152 profissionais, dos quais 149 são concursados e três contratados. A carga horária semanal é assim realizada: um grupo de profissionais fazem 20 horas: Ginecologia, Ortopedia, Pediatria, Cardiologia, Cirurgia, Urologia e outro grupo faz 40 horas. O horário de trabalho é de 07:00 às 12:00 horas e 13:00 às 16:00 horas, distribuindo o trabalho entre consultas no posto, visitas domiciliares e consultas nas comunidades rurais.

Discorrendo especificamente sobre o território / área de abrangência, tem-se 2.855 habitantes em 769 famílias. A maior parte da população vive com condições de vida regulares. As principais causas de mortes são as doenças do aparelho Cardiovascular com um 31,2%.

A Unidade Básica de Saúde Cecilia Rodrigues Miranda está localizada na Rua Das Rosas, # 287, no Barrio Das Flores São José de Almeida, Município de Jaboticatubas e é de fácil acessibilidade. Nesta UBS trabalham dois médicos do PSF, um médico pediatra, um médico cardiologista, um médico gineco obstetra, dois cirurgiões dentista, 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois enfermeiros,

dois Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), três técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e um técnico administrativo.

O atendimento é realizado de acordo com a livre demanda, consultas programadas a pacientes com doenças crônicas, grupos operativos, atividades educativas, visitas domiciliares a pacientes impossibilitados de locomoção ao posto de saúde, atendimento de odontologia, vacinação e curativos, além disso, temos uma sala de atendimento de urgência para brindar o primer apoio ao paciente antes de ser trasladado.

O município conta com transporte às comunidades rurais onde se realizam consultas e traslado de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade ou ao posto de saúde. Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e 15 membros, sendo eles líderes religiosos, civis ou políticos. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente.

A referência para a média e alta complexidade são Santa Luzia e Belo Horizonte. Quanto ao sistema de referência e contra referência, contamos no município com diferentes especialidades e serviços aos quais encaminhamos nossas referências.

Foi nesse contexto onde realizamos o diagnóstico situacional de saúde em atendimento a uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e elegemos os problemas de saúde mais prevalentes na região. Foram identificados: Mau uso da medicação para doenças crônicas não transmissíveis, Alta incidência de enfermidades respiratórias virales, Alta incidência de pacientes com transtornos psiquiátricos, Pouco conhecimento da população sobre os fatores de riscos de doenças crônicas, Alto consumo das pessoas idosas de medicamentos antidepressivos e sedantes, Presença de Más condições higiênico-sanitárias, Mau estado das vias de comunicação, Problemas de acessibilidade a posto de saúde de algumas pessoas.

Dentre esses problemas, a equipe de saúde destacou como prioritário a alta incidência de enfermidades respiratórias virales para que fosse investido e se propusesse um plano de intervenção.

## 2 JUSTIFICATIVA

A infecção respiratória viral é uma das doenças infecciosas que mais preocupa as autoridades sanitárias, devido à grande variabilidade antigênica dos vírus e à possibilidade de uma única pessoa infectada poder transmiti-la para diversos indivíduos susceptíveis, o que pode provocar epidemias ou mesmo pandemias, usualmente abruptas, com pico em duas a três semanas e duração total de oito semanas.

As crianças menores de 23 meses e as pessoas maiores de 60 anos encontram-se entre os grupos mais vulneráveis a complicações e ao óbito por tais infecções. Também são considerados muito vulneráveis, e com indicação de vacinação contra influenza, os portadores de deficiência imunológica primária ou secundária, cardiopatias ou pneumopatias.

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) mostram que no Brasil, a proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório vem aumentando entre a população maior de 60 anos nas últimas décadas (IBGE, 2010).

Este trabalho se justifica pela alta incidência na Unidade Básica de Saúde Cecília Rodrigues Miranda e na comunidade de enfermidades respiratórias sobre todo de etiologia viral.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para a realização do Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um Projeto Intervenção com vistas à diminuição do alto índice de enfermidades respiratórias existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Cecilia Rodrigues Miranda, Jaboticatubas.

#### **4 METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o texto da seção 2 do módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Foi também realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: doenças respiratórias, ambiente e atenção primária à saúde.

Tornou-se necessário buscar, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançar os objetivos traçados.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A atenção primária em saúde em sua plenitude pode vir a resolver 85% dos problemas de saúde (JOSÉ et al, 2014). Nesse sistema são assegurados serviços de proteção, promoção e cuidados à saúde devendo ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. As atividades vão além da assistência médica, pois baseiam-se no conhecimento das necessidades da população e no estabelecimento de vínculos territorializados entre profissionais e usuários com protagonismo da saúde da família (OLIVEIRA et al, 2013).

No mundo as doenças respiratórias acometem uma em cada 6 pessoas e respondem por 20% dos óbitos (JOSÉ et al, 2014). O Brasil ocupa a oitava posição em prevalência de asma no público infanto-juvenil, cheando na casa se 100 milhões de Reais os custos para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

As infecções respiratórias agudas (IRAs) constituem um problema de saúde pública similar para as crianças abaixo de 5 anos em todo o mundo. Contudo, formas graves, como pneumonia clínica (bronquiolite e pneumonia) apresentam taxas diferentes nos países em desenvolvimento, onde a morbidade e a mortalidade apresentam índices mais altos que nos países desenvolvidos (BENGUIGUI, Y, 2003; CARDOSO, 2010). Os vírus são os agentes etiológicos responsáveis pela maior parte dos casos de IRA. A maioria das infecções é branda, autolimitada e envolve o trato respiratório superior (BERMAN, 1991).

A vigilância epidemiológica, sentinela da síndrome gripal, viabiliza a identificação de cepas circulantes de vírus de tropismo respiratório, particularmente da influenza. As variantes do vírus da influenza identificadas são a base das recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre a composição da vacina, estratégia que tem sido eficaz no controle de surtos sazonais, e particularmente na prevenção de internações e óbitos em crianças e idosos, em et al, 1997; CDC, 2004; GROSS et al, 1995).

Os vírus são considerados os mais importantes agentes etiológicos das infecções do trato respiratório inferior que requerem hospitalizações (MIYAO, C. R, 1999). Entre os mais frequentes agentes virais causadores de IRA estão o vírus sincicial respiratório (VSR), os adenovírus (Ad), os vírus influenza (Flu) A e B e os vírus parainfluenza (PF) 1, 2 e 3 (COSTA, 2006; MIYAO, 1999; MOURA, 2003). O

metapneumovírus humano (MPVh) também tem se mostrado importante agente causador de bronquiolite aguda em crianças (XEPAPADAKI, 2004).

Historicamente, as infecções respiratórias agudas de origem viral apresentam parcela relevante no índice de internações e mortes, particularmente em idosos (CHIEN JW, JOHNSON JL, 2000) (TALBOT et al, 2005). Entre os portadores de doenças crônicas, imunodeprimidos e institucionalizados, a infecção respiratória viral e suas complicações têm se mostrado mais graves, o que reforça a necessidade de vigilância virológica, medidas profiláticas e, no caso da influenza, da indicação da vacina específica contra as cepas circulantes (CDC, 2004).

Intervenções como campanhas vacinais anuais contra a influenza iniciadas após 1999 no Estado de São Paulo têm sugerido impacto na diminuição de mortes e internações por doenças respiratórias em idosos, porém estas análises cobrem pequeno número de anos após as campanhas (FRANCISCO et al, 2005).

Em 1999, as pneumonias e outras IRAs representaram 35% do total de internações no sistema público de saúde, com custo correspondente a 31% do total gasto com crianças desse grupo etário (OPAS, 2001). Desde então, sob intervenção de uma política de vacinação iniciada nesse ano, atingiu-se o índice de 47% da vacinação da população brasileira 10 anos após sendo apontada a redução nos índices de mortalidade por diversos autores (LUNA, 2014).

Foi apontado em 2010 que a meta de Declaração do Milênio seria reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade em menores de 5 anos até 2015. Possivelmente o mascaramento dessa estatística devido a iniquidade (CARDOSO, 2010) motivou o governo a levar profissionais da saúde com foco em atenção primária para regiões com deficiência no atendimento (CARDOSO, 2010). Crianças e idosos são os mais acometidos, destacando-se doenças infecciosas como a influenza, em que campanhas de vacinação reduzem significativamente os casos (FAÇANHA, 2005). Logo, novas estratégias em articulação com a vigilância e saúde e demais níveis de atenção compõe o conjunto de esforços para melhoria da qualidade de vida da população.

As intervenções no formato de campanhas devem ser melhor articuladas com atendimentos perenes como o realizado no âmbito da atenção primária. A abordagem direta que favorece o convívio do profissional de saúde com o paciente, bem como a abertura de sua casa aos profissionais é fundamental para redução do

número de internações hospitalares e mortes de correntes que culminam em terapia intensiva institucionalizada.

As infecções do trato respiratório destacam-se como uma das mais importantes causas de morte preveníveis em idosos (KANSO, 2013). A exemplo do sistema australiano de saúde, em que convivem serviços privados e intervenções públicas, o sistema de saúde brasileiro deve-se primar em adaptar os papéis tradicionais da força de trabalho devido à escassez de força de trabalho. A mais longo prazo, padrões de mudanças climáticas e migração podem resultar em mudanças na epidemiologia das regiões e populações. As incursões do governo no cuidado de doenças crônicas devem incluir cuidados de pessoas com asma e DPOC (GLASGOW, 2008). Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família oferece uma oportunidade política de alto nível para conduzir a saúde no país.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Conforme explicitado na metodologia, essa proposta de intervenção se fundamentou em alguns princípios do PES (CAMPOS et al, 2010).

### 6.1 Identificação dos problemas

Em nossa área de abrangência existem vários problemas que afetam a saúde da população. Por meio da continuidade de trabalhos anteriores, foram enumerados os problemas fundamentais identificados na nossa área de abrangência, conforme mostram os dados do Quadro 1

**Quadro 1:** Principais problemas identificados na área em ordem de relevância.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Mau uso da medicação para doenças crônicas não transmissíveis.	Alta	7	Parcial.	4
Alta incidência de enfermidades respiratórias virales. *	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de pacientes com transtornos psiquiátricos	Alta	3	Parcial	7
Pouco conhecimento da população sob os fatores de riscos de doenças crônicas.	Alta	4	Parcial.	5
Alto consumo das pessoas idosas de medicamentos antidepressivos e sedantes	Alta	5	Parcial.	6
más condiciones higiênico sanitárias de algumas famílias.	Alta	7	Parcial.	2
Mau estado das vias de comunicação.	Alta	6	Parcial.	3
Problemas de acessibilidade a posto de saúde de algumas pessoas por morar muito longe do posto.	Alta	2	Parcial.	8

\* A proposta do projeto é tratar esse problema prioritariamente

## **6.2 Descrição do problema**

Depois de analisados os problemas de saúde com nossa equipe de saúde e com alguns líderes das comunidades estabelecemos uma ordem de prioridade onde o problema que escolhemos para ser abordado é o aumento da incidência de enfermidades respiratórias virais na comunidade.

## **6.3 Explicação do problema**

A alta incidência de enfermidades virais respiratórias foi o problema prioritário porque na comunidade existem muitos fatores de risco para desenvolver estas doenças como, por exemplo, as más condições higiênico-sanitárias de algumas famílias, a existência de muitas ruas sem pavimento o que provoca muita poeira aumentando este tipo de doença e por outra parte o pouco conhecimento das pessoas dos fatores de risco e dos sintomas e a forma para prevenir estas enfermidades virais.

## **6.4 Nós críticos do elevado índice de enfermidades respiratórias**

O elevado índice de enfermidades transmissíveis na área há o aumento o número de consultas de demandas espontâneas no posto de saúde, além de que grande parte da população não conhece como evitar a transmissão. Muitos pacientes são contagiados, destacando-se as crianças com decorrente evasão escolar ou disseminação destas doenças nos casos em que não há o afastamento do contato com outras crianças.

Cada problema tem vários nós críticos que influem e determinam no estado de saúde da população. A seguir, exemplificamos:

Nós Críticos:

1. Más condições higiênico-sanitárias de muitas famílias.
2. Mau estado das vias de comunicação, muitas delas não estão pavimentadas o que traz consigo muita poeira afetando a as pessoas.

3. Pouco conhecimento da população das formas de prevenção destas doenças.

### 6.5 Proposta de ações segundo os nós críticos

<b>Nó Crítico</b>	<b>Proposta de Ações</b>
Más condições higiênico-sanitárias de muitas famílias.	Realizar palestras educativas com os diferentes grupos populacionais e orienta-os sobre importância da higiene pessoal, ambiental e comunitária.
	Realizar ações comunitárias encaminhadas a higienização da comunidade onde nos desenvolve-os.
	Realizar atividades de educação e promoção de saúde nas consultas medica e nas visitas domiciliares sobre a importância de melhorar as condições higiênicas sanitárias.
Mau estado das vias de comunicação.	Realizar reuniões com a prefeitura e os diferentes grupos políticos, sociais e religiosos da região para que tratem de priorizar a pavimentação destas ruas.
Pouco conhecimento da população das formas de prevenção de estas doenças	Realizar palestras educativas com a população para orienta-os sobre sintomas e as formas de prevenir e tratar estas doenças.
	Elaborar cartazes e pôsteres que ilustrem como prevenir as enfermidades respiratórias.

Segundo os nos críticos planteados no projeto eu vou fazer uma proposta de intervenção e do jeito que será implementada para cada no critico:

No caso das Más condições higiênico sanitárias de muitas famílias, vamos programar e fazer em cada grupo operativo que se realize em cada área, em conjunto com as ACS (Agentes comunitárias de saúde) e os lideres formais e informais da comunidade, palestras, explicando a importância da higiene pessoal e

ambiental para evitar as enfermidades virais respiratórias, para isto utilizaremos materiais confeccionados pela equipe de saúde. Além disso, nas consultas e nas visitas domiciliares explicar aos pacientes sobre como prevenir e tratar as enfermidades respiratórias virais. Realizar em conjunto com a comunidade jornadas de higienização nos Barrios mais propensos e com mais números de casos destas doenças, utilizando os materiais proporcionados pela comunidade.

Já no caso do mau estado das vias de comunicação, vamos propor uma audiência com a câmara, o prefeito do município em conjunto com a secretaria da saúde e os diferentes grupos políticos, religiosos, e sócias de cada área para analisar a repercussão do mau estado das vias de comunicação com o incremento das enfermidades respiratórias e deste jeito eles faram uma proposta no estado para priorizar a pavimentação das ruas.

E no caso do pouco conhecimento da população da forma de prevenir estas doenças vamos fazer isto do mesmo jeito do primeiro no critico e, além disso, utilizando e colocando cartazes e postes em diferentes locais da comunidade como por exemplo lojas, escolas, comércios, igrejas, onde a população frequente.

Um exemplo para realizar esta proposta seria assim como segue no próximo quadro:

<b>Nó Crítico</b>	<b>Ações</b>	<b>Lugar</b>	<b>Materiais</b>	<b>Responsável</b>	<b>Quando</b>
Más condições higiênico-sanitárias de muitas famílias.	Palestras.	Nos grupos operativos, consultas e visitas domiciliares.	Elaborados pela equipe.	Equipe de saúde da família, ACS, Lidere da comunidade.	Mensais.
	Jornadas de higienização.	Nas comunidades de risco.	Proporcionados pela comunidade.	Equipe de saúde da família, ACS, Lidere da comunidade.	De três em três meses.

Mau estado das vias de comunicação.	Audiência.	Câmara ou prefeitura.	Informe realizado pela equipe sobre a relação do estado das vias de comunicação com o incremento destas doenças.	Perfeito e representantes da câmara municipal.	1ro aos 15 do janeiro segundo cronograma da câmara e da prefeitura.
Pouco conhecimento da população das formas de prevenção de estas doenças.	Palestras e informação a população.	Lojas, escolas, comércios, igrejas, etc.	Cartazes, pôster.	Equipe de saúde da família, ACS, Lidere da comunidade.	Permanente.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As desfavoráveis condições higiênicas sanitárias das pessoas, das famílias e da comunidade, os problemas com as vias de comunicação, a falta de conhecimento das pessoas, junto com os problemas ambientais apresentados, representam riscos para o aumento da mobilidade das doenças respiratórias virais.

Com a realização deste trabalho esperamos atingir os pontos vitais que implicam negativamente no estado de saúde da população utilizando as diferentes forças presentes na nossa área de abrangência junto ao SUS.

## REFERÊNCIAS

- BENIGUI, Y. **Acute respiratory infections control in the context of de IMCI strategy in Americas**. Rev Bras Saúde Matern Infantil, v. 3, n. 1, p. 25-36, 2003.
- BERMAN, S. **Epidemiology of acute respiratory infections in children of developing countries**. Rev Infect Dis, v. 13, Suppl 6, p. 454-62, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas. Cadernos de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2010.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.
- CARDOSO, Andrey Moreira. **A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 7, p. 1270-1271, July 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000700001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700001&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700001>.
- CDC. **Prevention and control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)**, 2004. MMWR, 53(RR06): 1-40
- CHIEN JW, JOHNSON JL. **Viral pneumonia epidemic respiratory viruses**. Postgraduate Medicine 2000; 107(3): 41-52.
- COSTA, L. F. et al. **Respiratory viruses in children younger than five years old with acute respiratory disease from 2001 to 2004 in Uberlândia, MG, Brazil**. Mem Inst Oswaldo Cruz, v. 101, n. 3, p. 301-6, 2006.
- FAÇANHA, Mônica Cardoso. **Impacto da vacinação de maiores de 60 anos para influenza sobre as internações e óbitos por doenças respiratórias e circulatórias em Fortaleza - CE – Brasil**. Jornal Brasileiro Pneumologia. 2005;31(5):415-20.
- FRANCISCO PMSB, DONALISIO MRC, LATORRE MRO. **Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo**. Rev Bras Epidemiol 2004; 7(2): 220-7.
- GLASGOW N1. **Prim Care Respir J**. 2008 Mar;17(1):19-25. doi: 10.3132/pcrj.2008.00015. Systems for the management of respiratory disease in primary care - an international series: Australia.
- GROSS PA, HERMOGENES AW, SACKS HS, LAU J, LEVANDOWSKI RA. **The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature**. Annals of Internal Medicine 1995; 123:518-2.
- IBGE. **Censos e Estimativas**. 2010. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 02 jun. 2015.
- JABOTICATUBAS, Prefeitura Municipal de. **Histórico de Jaboticatubas**. 2014. Disponível em:

[http://www.jaboticatubas.mg.gov.br/jaboticatubas.mg.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33&Itemid=120](http://www.jaboticatubas.mg.gov.br/jaboticatubas.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=120). Acesso em: 24 mar. 2015.

JOSE, Bruno Piassi de São et al . **Diagnostic accuracy of respiratory diseases in primary health units**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 60, n. 6, p. 599-612, Dec. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302014000600599&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000600599&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.06.021>.

KANSO, Solange; ROMERO, Dalia Elena; LEITE, Iuri da Costa; MARQUES, Aline. **A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(4):735-748, abr, 2013.

LUNA, Expedito José de Albuquerque; GATTAS, Vera Lúcia; CAMPOS, Sergio Roberto de Souza Leão da Costa. **Efetividade da estratégia brasileira de vacinação contra influenza: uma revisão sistemática**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 23, n. 3, p. 559-575, Sept. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000300559&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300559&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300020>.

MIYAO, C. R. et al. **Infecções virais em crianças internadas por doença aguda do trato respiratório inferior**. J Pediatr, v. 75, n. 5, p. 334-44, 1999.

MOURA, F. E. A. et al. **Hospital study of acute respiratory infections in children of Northeast Brazil**. Jornal Brasileiro de Patologia Clínica, v. 39, n. 4, p. 275-82, 2003.

NICHOLSON KG, KENT J, HAMMERSLEY V, CANCIO E. **Acute viral infections of upper respiratory tract in elderly people living in the community: comparative, prospective population based study of disease burden**. BMJ 1997; 315: 1060-4.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos, Iara Cristina Pereira. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Rev Bras Enferm. 2013;66 (esp):158-64.

OPAS, Organização Pan-americana de Saúde. 2001. **A saúde no Brasil**. Documento preparado pela Representação da OPAS no Brasil, em junho de 2001, para subsidiar a elaboração de La Salud en las Américas, edición de 2002 (Publicación Científica y Técnica nº 587 da OPAS)Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 02 jun. 2015

TALBOT TR, ROEHLING KA, HARTERT TV, ARBOGAST PG, HALASA NB, EDWARDS KM, SCHAFFNER W, CRAIG AS, GRIFFIN MR. **Seasonality of invasive pneumococcal disease temporal relation to documented influenza and respiratory syncytial virus circulation**. Am J Med 2005; 118(3): 285-91.

XEPAPADAKI, P. et al. **Human metapneumovirus as a causative agent of acute bronchiolitis in infants**. J Clin Virol, v. 30, p. 267-70, 2004.