

PRODUÇÃO DO CUIDADO E A REDE DE ATENÇÃO A PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA: UM ESTUDO DE REVISÃO

CARE NETWORK FOR THE PERSON WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASE: A REVIEW STUDY

Márcio Costa de Souza¹, Jairose Nascimento Souza²,
Fernanda Warken Rosa Camelier³, Aquiles Assunção Camelier⁴

¹Autor para correspondência. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Docente na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. mcsouzafisio@gmail.com

²Fisioterapeuta, pesquisadora do Grupo de Pesquisa Micropolítica do Cuidado e Formação em Saúde na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. mfsio10@gmail.com

³Fisioterapeuta. Doutora em Ciências/Reabilitação. Docente na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. fcamelier@uneb.br

⁴Médico. Docente na Universidade do Estado da Bahia e na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. aquilescamelier@yahoo.com.br

RESUMO | Introdução: As doenças respiratórias crônicas são consideradas problemas de saúde pública no mundo pela alta prevalência. O poder incapacitante e em alguns casos por levar a morte, desta forma o cuidado integral a essas enfermidades é primordial. **Objetivo:** discorrer sobre a rede de cuidados em pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas (DRC). **Materiais e Métodos:** É um estudo de revisão de literatura no qual foi utilizado artigos científicos e documentos pesquisados na base de dados do Pubmed, Bireme e Google Acadêmico que foram publicados de 2010 a 2016, o qual foram pesquisados os seguintes descritores: assistência centrada no paciente, doenças respiratórias e necessidades e demandas de serviços de saúde, foram selecionados 27 artigos. **Resultados:** Quando se pensa o cuidado, deve-se inicialmente pensar na forma integral e subjetiva no ser humano atendido, e como deve ser produzido na rede de atenção, neste caso em pessoas com DRC. Outro item fundamental no cuidado integral da pessoa com DRC deve ser o olhar aos aspectos multidimensionais dessas enfermidades, que produzem efeitos significativos na capacidade funcional e consequentemente na qualidade de vida, o que necessita de ações interdisciplinares para que tenham resoluções na vida dos doentes e de seus familiares. No entanto, há barreiras de acesso importantes de caráter geográfico e comunicacional que interferem no cuidado à saúde destes agravos. Há ainda uma desarticulação dos pontos de atenção que prejudicam na produção do diagnóstico e tratamento das doenças, no que concerne em número de serviços e funcionalidade dos mesmos. **Considerações finais:** É importante ressaltar que ações que contribuam para a construção de uma rede de atenção para o cuidado integral que atendam às necessidades das pessoas com DRC, que tenham a interprofissionalidade como ação primordial na construção de projetos terapêuticos singulares que produzam efeitos na vida destas pessoas.

Palavras chave: Assistência integral à saúde; Doenças respiratórias; Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT | Introduction: Chronic respiratory diseases are considered public health problems in the world due to high prevalence, incapacitating power and in some cases leading to death, In this way comprehensive care for these diseases is paramount. **AIM:** to describe the network of care in people with Chronic Respiratory Diseases (CRD). **Methods:** This is a review of literature in which scientific articles and documents were searched in Pubmed, Bireme and Google Academic databases that were published from 2006 to 2016, which the following descriptors were searched: Comprehensive Health Care; Respiratory Tract Diseases; Patient-Centered care and selected 27 articles. **Results:** When thinking about care, one should initially think about the integral and subjective form in the human being attended, and how it should be produced in the care network, in this case in people with CRD. Another fundamental element in the comprehensive care of the person with CRD must be the look at the multidimensional aspects of these diseases, which produce significant effects on the functional capacity and consequently the quality of life, which requires interprofessional actions to have resolutions in the life of patients and Their families. However, there are important geographical and communicational access barriers that interfere with the health care of these diseases. There is also a disarticulation of the points of attention that impair the production of diagnosis and treatment of diseases, in terms of number of services and their functionality. **Conclusion:** It is important to emphasize that actions that contribute to the construction of a network of care for integral care that Attend the needs of people with CRD, who have interprofessionality as a Primordial action in the construction of singular therapeutic projects that produce effects in the lives of these people.

Keywords: Comprehensive Health Care; Respiratory Tract Diseases; Patient-Centered care.

INTRODUÇÃO

As doenças de natureza respiratória que se caracterizam como crônicas são enfermidades que acometem tanto as vias aéreas superiores como das inferiores, no qual as patologias mais comuns são: a Asma, a Rinite Alérgica (RA) e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Estas representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente, que atingem centenas de milhões de pessoas de todas as idades em todos os países do mundo; mais de 500 milhões delas vivem em países em desenvolvimento, no caso da DPOC é a quarta principal causa de mortalidade no mundo no qual é responsável por 4,8% destes óbitos¹.

Segundo Carvalho et al., há um crescente aumento do número médio de Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) que elevam consideravelmente com a idade, no qual pode agravar com outra tendência, aumento de comorbidades crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes), principalmente pelo fato que estas condições de saúde apesar de ser tratáveis, não são curáveis².

Pode-se afirmar ainda que as doenças crônicas, além de terem um grande impacto na mortalidade, possuem também forte influência nas morbidades correlacionadas, alterando muitas vezes seu curso natural da doença ou a percepção de saúde³. Assim, portanto, as DRC são responsáveis por grande número de internações hospitalares e atendimentos de saúde não programados ou de urgência, além de provocar alterações funcionais importantes nos indivíduos, podendo desta forma interferir diretamente na qualidade de vida e na percepção de saúde das pessoas acometidas³.

De acordo com estatísticas globais publicadas no ano de 2005, existiu um total de 58 milhões de mortes por todas as causas, sendo determinado que as DRC foram responsáveis por 35 milhões destas mortes no mundo (totalizando 60% do total), o que representa o dobro do número de mortes por todas as doenças infecciosas, condições maternas/perinatais e deficiências nutricionais combinadas no mesmo período⁴. Em função destes dados alarmantes, a 53ª Assembléia Mundial em Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o enorme sofrimento humano causado pela presença das DRC, tendo sido na época solicitado ao diretor da

OMS priorizar a prevenção e controle das DRC com especial para os países em desenvolvimento⁵. Foi criada, desta maneira, a Aliança Global Contra as Doenças Respiratórias Crônicas (GARD), uma união voluntária de organizações, instituições e agências, de âmbito mundial e coordenada pela OMS, com o objetivo principal de reduzir o impacto mundial das DRC por meio de ações a serem realizadas não somente a nível internacional, mas também em âmbito nacional, comunitário e individual³.

Ainda que a nível mundial já se tenha estabelecido que o cuidado com as DRC são prioridade para os profissionais de saúde, no entanto, uma discussão pertinente para a resolutividade dos problemas de saúde é sobre o acesso aos serviços e/ou às práticas de saúde, que alerta sobre a necessidade de atender as pessoas que buscam um cuidado. Este debate tem sido demonstrado em estudo no Brasil e em diversos outros países, no qual há uma consonância no campo das ideias, principalmente sobre a necessidade de ampliação da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na Atenção Primária, buscando aumentar a capacidade instalada⁶⁻⁸.

Em relação ao Brasil, pesquisas descrevem sobre a existência de uma fragilidade na rede de atenção importante, o que no cuidado do usuário com as DRC se constituem de forma fragmentada, no qual consiste em uma rede de atenção sem comunicação e sem continuidade do cuidado que interfere diretamente no sucesso terapêutico nesta condição de saúde^{5,9}.

Este artigo tem como objetivo discorrer sobre a rede de cuidados em pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um estudo de revisão de literatura, no qual foram pesquisados artigos científicos e documentos nas bases de dados Bireme, Pubmed, e Google Acadêmico, com os seguintes descritores: assistência centrada no paciente, doenças respiratórias e necessidades e demandas de serviços de saúde, na língua inglesa, espanhola

e portuguesa. O período dos artigos escolhidos serão os publicados entre 2010 até 2016. Após análise de adequação dos artigos sobre a temática estudada foram selecionados 27 artigos científicos nas bases de dados. Para esta seleção, foi realizada uma leitura do material obtido, inicialmente título e resumos, para a escolha inicial e depois todo o artigo, feito assim a seleção para atender ao objetivo do estudo.

Na avaliação, inicialmente foi realizado a pré-análise, no qual foram organizados os materiais e foram escolhidos os documentos que foram analisados e formulados de acordo com os objetivos gerais e fundamentamos a pesquisa. Em sequência foi procedida a exploração dos artigos, os quais foram escolhidos se os mesmos se encaixassem no perfil da pesquisa através de uma leitura minuciosa do texto, a fim de explorar o material e por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, dos conteúdos dos documentos e artigos, classificando os elementos semelhantes e distintos para serem inseridos segundo as suas características.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS: APRESENTAÇÃO E CONCEITOS

Faz-se necessário esclarecer que a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende por Doença Respiratória Crônica as enfermidades de longa duração tanto das vias aéreas quanto de outras estruturas dos pulmões. Esta entidade descreve que centenas de milhões de pessoas sofrem diariamente de pneumopatias crônicas, no qual, mundialmente 235 milhões de pessoas têm asma, 80 milhões portam a DPOC (de estadiamento moderado a grave), sendo que quase 90% das mortes por DPOC ou Asma ocorrem em pessoas baixa e média renda. Existem ainda milhões de outras pessoas que são acometidas de vários outros tipos de doenças respiratórias crônicas, que não possuem qualquer tratamento ou diagnóstico¹⁰.

Vale ressaltar que as estimativas epidemiológicas preveem um aumento importante no número de pessoas com DRC, o que nos concerne afirmar que há uma necessidade do acréscimo do tratamento nos pacientes com doenças pulmonares preexistentes, pois o agravamento destas condições de saúde limitam a terapia, e alguns casos há uma necessidade de um cuidado com um objetivo e supervisão dos

pacientes, bem como seus familiares, no final da vida, o que torna um desafio de toda a equipe que o acompanha principalmente no tratamento de casos agudos dessas enfermidades¹¹⁻¹³.

A DRC na vida da pessoa enquanto patologia afeta diretamente na qualidade de vida do indivíduo e da família que o cerca, pois, a mesma é capaz de provocar alterações na capacidade funcional, que como consequência proporcionar um grande impacto econômico e social. Desta forma limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família.¹

Portanto, em decorrência desse valor subjetivo na vida da pessoa acometida e da família surge uma condição importante a ser analisada que é o cuidado com um olhar singular e integral, em que o doente deve ser atendido com uma percepção dos trabalhadores (interdisciplinar) de saúde além da clínica^{14,15}. Assim, o poder do cuidar pode ser entendido como uma ferramenta capaz de orientar e emancipar pessoas, e devem ser responsáveis por ações desta natureza os trabalhadores de saúde (todos que atuam nos serviços de saúde), gestores ou usuários. A partir das ações interdisciplinares, há uma necessidade que a troca de saberes ocorra também entre os usuários e os profissionais¹⁴.

Na visão e entendimento sobre a determinação do processo de saúde/doença e da interprofissionalidade é de fundamental importância que toda a equipe de saúde tenha uma visão biopsicossocial do sujeito valorizando e respeitando toda sua vivência e seus saberes e seus interesses. Para cuidar, todos nós devemos nos apoderar da responsabilidade e do conhecimento do cuidar. Dessa forma, é muito importante a formação que vá além do biologicismo dos profissionais de saúde⁹.

No entanto, para que a interprofissionalidade e esse olhar subjetivo do cuidar seja eficaz, faz necessário que uma rede de cuidados seja organizada com as mais diversas configurações tecnológicas, composta por equipe multidisciplinar. Esta rede deve ser composta pelos serviços de Atenção Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade, de forma articulada, com capilaridade e ações organizadas com referência e contra-referência eficazes⁸.

Para que estas ações ocorram, há uma necessidade de discussão do processo de trabalho em todos os espaços que promovam atenção à saúde às pessoas com DRC, que fortaleçam o trabalho em equipe e a produção do cuidado e opere em uma lógica humanizada com ações que promovam esta condição sejam realizadas, com o acolhimento; a atenção centrada na pessoa e família; construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a formação de educação permanente em saúde, o fortalecimento do apoio matricial, incentivo do autocuidado e formação de grupos para apoio terapêutico, estas aparecem como tecnologias do cuidar integral que apoiem às existentes⁸.

Para entender todo o processo do cuidar de pessoas com DRC é importante conhecer o itinerário terapêutico na rede de cuidados para atender as necessidades dos mesmos, na busca pelo reconhecimento das barreiras de acesso, e quais redes são construídas a partir das dificuldades encontradas ou das soluções aparente, fora do padronizado pelo sistema de saúde vigente, que produz uma observação no impacto social desta realidade e uma visualização da rede¹⁷⁻¹⁹.

A Organização Mundial de Saúde através da Aliança Global contra as Doenças Respiratórias Crônicas (GARD) – reúne organizações de todo mundo) em suas publicações sobre as doenças respiratórias evitáveis, descreve a DPOC e a Asma como condições de saúde que interferem na qualidade de vida das pessoas, no qual o tabagismo e rinite aparecem como coadjuvantes do processo, que associadas alteram progressivamente o quadro das pessoas afetadas¹⁹.

Cuidados a pessoas com Doença Respiratória Crônica

As doenças respiratórias crônicas mais estudadas são a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Asma, Rinite Alérgica (RA) e o Tabagismo, pois as mesmas são consideradas como prioritárias no Brasil. No caso da DPOC e do Tabagismo pela alta taxa de mortalidade, e nos casos da Asma e RA, pelas evidências de morbidade e impacto no cotidiano das pessoas, além do déficit funcional e consequentemente da redução da percepção da qualidade de vida das pessoas afetadas¹.

Cuidados a pessoas com DPOC

Além do alto poder de mortalidade, os portadores da DPOC, quando tem esta condição agudizada (denominado de exacerbações da DPOC), tem sido um dos problemas dos serviços de saúde, o que pode aumentar o fluxo de entrada destas pessoas nas emergências hospitalares. Para reduzir estas exacerbações, há uma necessidade de um cuidado integral ao doente, para isto outros instrumentos devem ser utilizados para avaliar a verdadeira condição de saúde da pessoa acometida pela disfunção. Assim, teste funcionais para atividades de vida diária, teste sistêmicos, de qualidade de vida e sobre o grau da dispneia devem complementar a avaliação dos profissionais que os acompanham, além de uma articulação dos pontos de atenção em saúde.

Não obstante, a funcionalidade também é um marcador determinante para o prognóstico desta doença, principalmente no que tange as alterações musculoesqueléticas, que estão associadas com disfunção proteica, e consequentemente com a gravidade e prognóstico, portanto, testes que avaliem a funcionalidade devem ser utilizados para completar o olhar sobre a pessoas com DPOC²⁰.

Cuidados a pessoas com Asma e Rinite Alérgica (RA)

Destarte, com a produção da linha de cuidado para pessoa com Asma e RA, necessita de alguns dispositivos fundamentais para a construção e a sua manutenção, como o planejamento, estruturação da logística e a formalização da integralização dos diversos pontos de saúde ou não. A falta de planejamento nas ações de saúde é algo histórico em nossa realidade; a rede de cuidados de forma organizada e capaz de ser resolutiva, ainda é algo que estamos longe de perceber; e a integralização dos sujeitos nos diferentes equipamentos é algo que precisa ser discutido e aprimorado, para entender que o processo saúde/doença necessita ser dimensionado de forma mais ampla no cotidiano dos serviços de saúde²¹.

Outra orientação está na formação permanente das pessoas envolvidas no processo de cuidar, que sejam capazes de identificar, classificar e manejar pessoas com Asma e RA de forma adequada, o que reduz assim a morbidade e a mortalidade

da doença, redimensionaria a qualidade de vida da pessoa com a doença e de seus familiares. Os doentes, os familiares e a comunidade envolvida no processo deve também fazer parte deste momento de educação permanente. É papel da Atenção Primária coordenar o cuidado em saúde, ampliar a sua atuação e também estabelecer uma articulação eficaz entre os centros de referência e da atenção especializada²¹.

Destaca-se ainda que, o problema do cuidar, não reflete somente na Asma e RA, mas em geral, o que nos faz pensar na formação dos profissionais, que deve ser discutida com maior amplitude. Ou seja, vai além das questões que envolvem os estabelecimentos, ou apenas o acesso, mais, a qualidade dos trabalhadores na rede de atenção também deve ser um ponto a ser interrogado^{22,23}.

No Reino Unido, um estudo realizado destacou a necessidade de integração dos serviços para tornar mais eficaz o manejo da pessoa com Asma e RA, com ações de educação permanente para construir habilidades mais sólidas no quesito comunicação entre os usuários e trabalhadores²².

Cuidados a pessoas com dependência ao Tabaco

A rede de cuidados para o controle do tabagismo deve ser descentralizada e intersetorial, ou seja, que se aproxime da população e que outros setores, não somente os da saúde, estejam imbuídos nesta ação. Com ações educativas e com qualidade da ação do trabalhador de saúde¹.

Estudos demonstram que nas ações desenvolvidas para a cessação do tabagismo, as mulheres são as maiores participantes, apesar de serem as que mais fracassem no processo. Quando compara pessoas que procuram o serviço com as que tentam parar de fumar sozinhas, o sucesso na terapêutica chega a ser de seis vezes maior, o que fortalece a necessidade de ação das unidades de saúde²⁴.

No Brasil, mais da metade das unidades de cuidados primários relatam alguma ação de saúde para atuar na cessação do tabagismo, com ações direta dos trabalhadores, no entanto, o acesso aos fármacos acontece em apenas 32,8% dos estabelecimentos pesquisados²⁵.

Elementos como ansiedade e depressão devem ser considerados na terapêutica, assim como a motivação, pois estes elementos associados interferem diretamente no sucesso ou fracasso na tentativa de parar de fumar, o que exige de uma habilidade interdisciplinar no cuidado das pessoas com esta dependência química^{25,26}.

Destaca-se que, o cuidado integral a pessoa e aos seus familiares, deve ser uma estratégia em toda a rede de saúde, pois a responsabilidade do cuidado deve ser compartilhada e não responsabilizada apenas ao ambiente que configura como estratégica para aquela condição, desde as unidades de cuidados primários aos estabelecimentos de alta complexidade¹.

Vale a pena ressaltar que, o cuidado a pessoa com tabagismo exige uma permanente capacitação para que os trabalhadores possam de fato estabelecer condutas capazes de reconduzir este processo. No entanto o comprometimento dos trabalhadores, o déficit da estrutura dos estabelecimentos, a desigualdade na capacitação entre trabalhadores (entre as profissões e entre o nível médio e superior), e a alta rotatividade, aparecem como elementos que dificultam a implementação deste cuidado integral a pessoa com tabagismo²⁷.

Em outro estudo realizado no Brasil, verificou-se que o fato de se estabelecer pontos de atenção para atender pessoas com dependência química com o intuito de deixarem de fumar, em que é oferecido terapias de grupo, atendimentos individuais e se utilização de fármacos, encontrou um número elevado de pessoas que não pararam de fumar ou recaíram (71,9%), o que permite uma discussão sobre as práticas de saúde adotadas pelos trabalhadores²⁹.

Para atender a esta demanda, o Brasil construiu uma nova portaria que estabelece o cuidado nas redes de atenção a pessoa que utiliza o tabaco, no qual institui as seguintes diretrizes: reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; articulação de ações inter setoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; estabelecimento

de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a responsabilização compartilhada dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado²⁹.

A atenção Primária normalmente aparece como um potente articulador das ações de promoção de saúde para reduzir os agravantes e orientar a pessoa e a família sobre os principais dispositivos, além de realizar atividades educativas nas comunidades, individuais ou coletivas, no qual deve fortalecer a comunicação ativa, e se necessário um acompanhamento contínuo.

Acessibilidade a rede de cuidados das doenças respiratórias crônicas

Uma discussão pertinente para a resolutividade dos problemas de saúde é sobre o acesso aos serviços e/ou às práticas de saúde, que alerta sobre a necessidade de atender as pessoas que buscam um cuidado. Este debate tem sido demonstrado em estudo no Brasil e em diversos países do mundo, onde há uma consonância no campo das ideias, principalmente sobre a necessidade de ampliação da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na Atenção Primária, com o intuito de aumentar a capacidade instalada^{30,31}.

Para entender todo o processo do cuidar em pessoas com DRC é importante conhecer o itinerário terapêutico na rede de cuidados para atender as necessidades dos mesmos, na busca pelo reconhecimento das barreiras de acesso, e quais redes são construídas a partir das dificuldades encontradas ou das soluções aparente, fora do padronizado pelo sistema de saúde vigente, que produz uma observação no impacto social desta realidade e uma visualização da rede¹⁶⁻¹⁸.

A gestão do cuidado a pessoa com DRC implica na utilização de competências cognitivas e instrumentais que de fato possibilitem uma melhora terapêutica no cotidiano, deve-se acreditar na promoção de uma

condição de saúde a partir da realidade e com a visibilidade na qualidade de vida do doente³².

Nesta gestão, há dimensões que são imanentes para produzir o cuidado. As dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e a societária, A individual refere-se ao modo singular de se viver a vida, as pessoas são múltiplas e estão em processo de subjetivação constante; a familiar, pois há uma alteridade no atendimento importante entre hospital, ambulatório e domicílio, a família possui formas de agir diferenciadas; na profissional, a competência técnica, associadas com a postura ética, produz várias formas de estabelecer o cuidado; a lógica organizacional, as formas de diálogo, de trabalho em equipe, podem ser determinantes para o cuidar; a dimensão sistêmica, não pode ser desconsiderada, os modelos em que as redes e qualidade dos serviços fazem com que novas redes sejam estabelecidas; a dimensão societária, reflete nas formas de viver da sociedade em geral.

Num contexto da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, com práticas e saberes compartilhados, é fundamental que conhecer a visão das pessoas afetadas, as suas implicações no cotidiano, que normalmente determinam o seu isolamento social³².

Assim, os anseios e desejos do usuário devem ser inclusos no projeto terapêutico, principalmente no que concerne as suas expectativas, anseios, preocupações, crenças, experiências e efeitos ao tratamento proposto, no intuito de potencializar a terapêutica e seus resultados, pois na realidade muitos das pessoas produzem particularmente sua rede de cuidados muitas vezes longe do que estabelecido nas redes formais, no sistema público de saúde, assim como no privado, mas é capaz de produzir uma rede informal (Família, autocuidado, outros locais) que contribuem para a produção do cuidado na aposta da subjetivação do ser^{14,18}.

Consequentemente, a participação da pessoa a um programa de reabilitação pulmonar em pessoas com DRC, pode ser potencializada com a produção de vínculo entre o usuário e o trabalhador de saúde, desta forma barreiras existentes principalmente o que tange o acesso podem ser minimizadas e manter-se no tratamento proposto^{33,34}.

Se os programas de reabilitação resolverem de fato as necessidades dos usuários com DRC, no qual promovam a saúde, não somente objetivando a doença, e com apoio interdisciplinar, aumentam as chances de sucesso ao tratamento³⁵.

Uma dimensão a ser respeitada, é a participação efetiva dos cuidadores na formulação dos projetos terapêuticos, estas pessoas convivem com a dor e sofrimento das pessoas com DRC, desta forma, sabem detalhadamente da evolução da doença, e esta cumplicidade pode oferecer um compartilhamento de informações que normalmente são fundamentais para a solução dos problemas³⁶.

Destarte, este cuidador também precisa de um olhar diferenciado, pois normalmente ocorre redução da sua qualidade de vida propiciada pela sobrecarga que a doença oferece, como consequência, poderá interferir na qualidade da atenção dada ao doente²¹.

Destaca-se ainda que, o acesso aos serviços de saúde em momentos de crise pode facilitar o processo de reabilitação, o que deixa o usuário mais tranquilo, no entanto, quando essa barreira surge, a tensão existente pode inclusive piorar o quadro, aumentando assim a sua gravidade, há uma real necessidade de disponibilização de profissionais capazes de agir e de centros de reabilitação e tratamento específicos para estas pessoas^{22, 33-35}.

Algumas ações podem interferir na piora o quadro como: a utilização correta do inalador e das medicações, vacinação, conhecimento sobre fatores de risco, realização de atividades físicas e uma nutrição balanceada contribuem para uma vida mais saudável e reduz o agravamento da doença³¹.

Um problema constante nos sistemas de saúde em geral é o financiamento do mesmo, e nos cuidados primários ou integrais da pessoa com DRC não são diferentes, mesmo em países europeus que tem história de acesso universal essa situação ocorre, o que interfere diretamente nas condições de vida das pessoas que utilizam e necessitam dos serviços para ter uma melhor qualidade e prolongamento da vida³⁷.

Diante de uma patologia crônica e que pode levar a fatalidade, os usuários acometidos e os prestadores de serviços de saúde necessitam de um fluxo de necessidades com a garantia de continuidade e

flexibilidade nos serviços para permitir que ambos os prestadores de cuidados de saúde e pacientes para atender às demandas crescentes e muitas vezes imprevisíveis desta doença ao longo do tempo²⁰.

Para além desta situação, há situações em que o sistema de saúde aparece invisível para os usuários, ou seja, não tem visibilidade das unidades de referência para a população, o que pode ser uma a barreira importante em relação a falta de informação/conhecimento sobre os pontos de atenção existentes que contribuem para o cuidado em saúde de pessoas com esta determinada patologia.

Segundo o caderno da Atenção Primária que trata a DRC, o manejo dessas doenças em grau leve deve ser realizado pela Atenção Primária, no qual atua com maior proximidade da família e da realidade dos mesmos, com o papel de articular com a rede de cuidados disponíveis em outros níveis de atenção ou na própria Atenção Primária¹.

A tríade da Atenção Primária, a saúde da família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os serviços de atenção domiciliar devem caminhar de forma sólida, independentes, porém em redes, que se conectam, se cruzam, mas são autônomas, assim, estas ações devem ser articuladas com o intuito de produzir o cuidado integral nos agravos existentes, e neste caso nas DRC.

Destarte, o processo de trabalho deve ser pautado no acolhimento, na atenção centrada na pessoa e na família, cuidado continuado, atenção multiprofissional, na construção de Projetos terapêuticos singulares na regulação da rede, no apoio matricial, no acompanhamento não presencial, no atendimento coletivo, e no autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que, para atender as necessidades de saúde das pessoas com DRC, é fundamental a construção da rede de cuidados potentes que integrem de fato ações de natureza interdisciplinar com um olhar subjetivo sobre as pessoas que sejam capazes de dar resolutividade e produção de vida em todos os cidadãos que as utilizem.

Estas ações devem ser articuladas no serviço de saúde e produzam uma rede de cuidados nos diversos pontos de atenção, reconstruindo geograficamente as ações para que melhorem as barreiras e conseqüentemente a comunicação na equipe e entre os serviços de saúde, e assim as pessoas com DRC possam ter uma melhora na qualidade de vida e na funcionalidade perceptíveis no cotidiano entre o próprio ser e seus familiares.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi viabilizada parcialmente através de Bolsa do Programa de Apoio à Capacitação de Docentes e Técnicos Administrativos da UNEB (PAC-DT), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Souza MC, Souza JN, Camelier FWR e Camelier AA participaram da concepção, delineamento, busca dos dados, redação do artigo científico, revisão do artigo e aprovação da versão final.

CONFLITOS DE INTERESSES

Camelier AA reporta pagamentos por palestras e consultorias recebidos da Aztra-Zeneca, Glaxo-Smith-Klein, Novartis e Boehringer-Ingelheim, à parte do escopo do trabalho submetido. Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido pelos demais autores (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Respiratórias Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

2. Carvalho AK, Menezes AMB, Camelier A, Rosa FW, Nascimento OA, Perez-Padilla R et al. Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the platino study. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):905-12. doi: [10.1590/S0102-311X2012000500009](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500009)

3. Bousquet J, Dahl R, Khaltaev N. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. *Eur Respir J*. 2007;29(2):233-9. doi: [10.1111/j.1398-9995.2007.01307.x](https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01307.x)

4. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2005;366(9496):1578-1582. doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)67341-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67341-2)

5. World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: World Health Organization; 2007.

6. Crawford ND, Blaney S, Amesty S, Rivera AV, Turner AK, Ompad DC et al. Individual- and neighborhood-level characteristics associated with support of in-pharmacy vaccination among ESAP-registered pharmacies: pharmacists' role in reducing racial/ethnic disparities in influenza vaccinations in New York City. *J Urban Health*. 2011;88(1):176-85. doi: [10.1007/s11524-010-9541-6](https://doi.org/10.1007/s11524-010-9541-6)

7. Osen H, Chang D, Choo S, Perry H, Hesse A, Abantanga F et al. Validation of the World Health Organization tool for situational analysis to assess emergency and essential surgical care at district hospitals in Ghana. *World J Surg*. 2011;35(3):500-504. doi: [10.1007/s00268-010-0918-1](https://doi.org/10.1007/s00268-010-0918-1)

8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

9. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, de Oliveira JA, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(2):433-44. doi: [10.1590/S1413-81232004000200019](https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019)

10. de Oliveira PC. Apresentações clínicas da DPOC. *Pulmão RJ*. 2013;22(2):15-18.

11. Zanini GM, Bastos CCBC, Nobre JRS, Tavares KO. O envelhecer na percepção de pessoas com pneumopatias crônicas submetidas à reabilitação pulmonar. *RBCEH*. 2013;10(1):42-51. doi: [10.5335/rbceh.2013.3054](https://doi.org/10.5335/rbceh.2013.3054)

12. Pfeifer M. Chronic critically ill patients from a pneumological perspective. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2013;108(4):279-80. doi: [10.1007/s00063-012-0192-0](https://doi.org/10.1007/s00063-012-0192-0)

13. Kreuter M, Herth FJF. Supportive and Palliative Care of Advanced Nonmalignant Lung Disease. *Respiration*. 2011;82:307-16. doi: [10.1159/000330730](https://doi.org/10.1159/000330730)

14. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(2):151-63. doi: [10.18569/tempus.v6i2.1120](https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120)

15. de Souza MC, de Araújo TM, de Andrade FA, França AJ, Souza JN. Produção do cuidado e necessidades de saúde em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. *O Mundo da Saúde*. 2014;38(2):139-48.

16. Cabral ALLV, Martinez-Hernaéz A, Andrade EIG, Cherschiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte na produção científica no Brasil. *Ciênc Sau Col*. 2011;10(11):4433-42. doi: [10.1590/S1413-81232011001200016](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016)

17. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, de Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção primária à saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014;53:114-24.
18. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, da Cruz KT, Franco TB. As redes vivas: multiplicidades gerando existências. Implicações para a produção do cuidado e a produção do cotidiano em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014;52:153-64.
19. Organização Mundial da Saúde. *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crônicas: Uma abordagem integradora*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2008.
20. da Silva HE, Zipperer A. A correlação entre o desempenho físico funcional de membros inferiores e a gravidade da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Fisioter mov*. 2013;26(2):379-387. doi: [10.1590/S0103-51502013000200015](https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000200015)
21. Stelmach R, Neto AC, Fonseca ACCF, Ponte EV, Alves G, Araújo-Costa IN et al. Programas e centros de atenção a asmáticos no Brasil; uma oficina de trabalho: revisitando e explicitando conceitos. *J Bras Pneumol*. 2015;41(1):3-15. doi: [10.1590/S1806-37132015000100002](https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000100002)
22. Shaw D, Siriwardena AN. Identifying barriers and facilitators to ambulance service assessment and treatment of acute asthma: a focus group study. *BMC Emerg Med*. 2014;14(18):1-9. doi: [10.1186/1471-227X-14-18](https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-18)
23. Giacomelli IL, Steidle LJM, Moreira FF, Meyer IV, Souza RG, Pincelli MP. Hospitalized patients with COPD: analysis of prior treatment. *J Bras Pneumol*. 2014;40(3):229-237. doi: [10.1590/S1806-37132014000300005](https://doi.org/10.1590/S1806-37132014000300005)
24. Pawlina MMC; Rondina RC; Espinosa MM; Botelho C. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2015;41(5):433-439. doi: [10.1590/S1806-37132015000004527](https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527)
25. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):837-844. doi: [10.1590/S0034-8910.2014048005249](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005249)
26. Pawlina MMC; Rondina RC; Espinosa MM; Botelho C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(2):113-20. doi: [10.1590/0047-2085000000014](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014)
27. Portes LH, Campos EMS, Teixeira MRB, Caetano R, Ribeiro LC. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014;19(2):439-448. doi: [10.1590/1413-81232014192.04702013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013)
28. Sattler AC, Cade NV. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(1):253-264. doi: [10.1590/S1413-81232013000100026](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100026)
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2013 abr 8; Seção 1:56.
30. Balarajan Y, Selvaraj S, Subramanian SV. Health care and equity in India. *Lancet*. 2011;377(9764):505-15. doi: [10.1016/S0140-6736\(10\)61894-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61894-6)
31. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Equity in maternal and child health in Thailand. *Bull World Health Organ*. 2010;88(6): 420-7. doi: [10.2471/BLT.09.068791](https://doi.org/10.2471/BLT.09.068791)
32. de Queiroz MCCAM, Moreira MAC; Rabahi MF. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. *J Bras Pneumol*. 2012;38(6):692-699. doi: [10.1590/S1806-37132012000600003](https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000600003)
33. Szefer SJ. Advances in pediatric asthma in 2014: Moving toward a population health perspective. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135(3):644-652. doi: [10.1016/j.jaci.2014.12.1921](https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.12.1921)
34. Black HL, Priolo C, Akinyemi D, Gonzalez R, Jackson DS, Garcia L et al. Clearing clinical barriers: enhancing social support using a patient navigator for asthma care. *J Asthma*. 2010;47(8):913-919. doi: [10.3109/02770903.2010.506681](https://doi.org/10.3109/02770903.2010.506681)
35. Tapp H, Hebert L, Dulin M. Comparative effectiveness of asthma interventions within a practice based research network. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(188):1-10. doi: [10.1186/1472-6963-11-188](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-188)
36. Okoniewska B, Santana MJ, Groshaus H, Stajkovic S, Cowles J, Chakrovorty D et al. Barriers to discharge in an acute care medical teaching unit: a qualitative analysis of health providers' perceptions. *J Multidiscip Healthc*. 2015;8:83-89. doi: [10.2147/JMDH.S72633](https://doi.org/10.2147/JMDH.S72633)
37. Teichert M, Schermer T, Nieuwenhof LVD, de Smet PA, Wensing M. Prevalence of inappropriate prescribing of inhaled corticosteroids for respiratory tract infections in the Netherlands: a retrospective cohort study. *npj Prim Care Respir Med*. 2014;14086:1-7. doi: [10.1038/npjpcrm.2014.86](https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2014.86)
38. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*. 2011;15(37):589-599. doi: [10.1590/S1414-32832011000200021](https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021)