

Política Sanitária para Asma no Brasil

Healthy Politics for Asthma in Brazil

Resumo

Atualmente a asma é um problema significativo de saúde pública, sendo o crescimento de suas prevalência e morbidade durante as recentes décadas, um importante desafio. Para gerir eficazmente a asma, há a necessidade de informações a cerca de custos com a doença e programas educacionais com desenvolvimento de métodos de serviços e cuidados que atendam especificamente a realidade local. Todo esforço deve ser feito para incentivar e garantir a disponibilidade e acesso dos pacientes aos medicamentos, além de implementar Programas de Gestão em asma, facilitando o manuseio da doença pelo médico e outros profissionais envolvidos. Este trabalho mostra Programas de Controle de asma desenvolvidos atualmente no Brasil, em várias cidades, identificando a preocupação nacional com a doença.

Palavras-chave: Asma, Criança, Programa de Saúde

Summary

Currently, asthma is a significant public health problem, with increasing prevalence and morbidity over recent decades, a major challenge. To manage asthma effectively, we need the information about costs of illness and educational programs for developing methods of care and services for specific local realities. Effort should be made to encourage and ensure the availability and patient access to medicines, and to implement programs in asthma management for easy management of the disease by physicians and other professionals involved. This work shows Control Programs asthma currently developed in Brazil in several cities, identifying the national preoccupation with the disease.

Keywords: Asthma, Children, Healthy Programs

Ariane Molinaro Vaz de Souza ¹

Maria de Fatima Pombo March ²

1 Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente (Coordenadora Médica Assistencial do Hospital Municipal Jesus)

2 Professora Adjunta (Professora de Pediatria da UFRJ e UFF)

Endereço para correspondencia

Maria de Fátima Pombo March

Rua Otávio Carneiro, 143/611 -Icarai- Niterói- Cep 24230-190

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da SOPERJ em 13/4/2010 e aprovado em 7/6/2010 17:11:51.

Introdução

O conceito de asma vem se tornando mais complexo e atualmente considera-se uma doença na qual interagem determinantes genéticos e ambientais. É uma condição comum que tem impacto sobre a qualidade de vida e na demanda do Sistema de Saúde. Há tendência mundial de aumento da sua morbidade, mortalidade e hospitalização na faixa etária pediátrica ⁽¹⁻²⁾. No Brasil, Rosário Filho ⁽³⁾ relatou aumento da venda de medicamentos para tratamento de asma e de internações hospitalares pela doença.

Atualmente a asma é um problema significativo de saúde pública, sendo o crescimento da prevalência e morbidade durante as recentes décadas, um importante desafio.

A articulação entre a epidemiologia e o planejamento de saúde é um dos temas que mais tem mobilizado a atenção de pesquisadores, docentes e profissionais dos serviços, no contexto recente da Reforma Sanitária Brasileira. Isto tem ocorrido tanto a partir de um ponto de vista estritamente teórico, quanto a partir de demandas e necessidades geradas pelo processo de implementação de estratégias para a construção de um novo sistema de saúde no país.

A situação atual da política de saúde para asma

Para gerir eficazmente a asma, há a necessidade de informações a cerca de custos com a doença, programas educacionais para desenvolverem métodos de serviços e cuidados que atendam especificamente a realidade local. ⁽⁴⁾

As IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, de 2006, foram concebidas para ser um documento norteador de recomendações essenciais para que os profissionais de saúde tenham a possibilidade de promover o controle da asma, melhorando a qualidade de

vida e reduzindo a mortalidade. As recomendações contidas neste consenso foram baseadas em evidências, com teor científico, baseada na literatura científica atualizada. O texto é dividido em nove capítulos, partindo da etiopatogenia e epidemiologia, passando pela classificação clínica da gravidade e controle, tratamento da manutenção e da crise, educação em asma, e por último, as informações legais pertinentes para subsidiar o fornecimento dos medicamentos aos pacientes, que estão disponíveis no nosso país. ⁽⁵⁾ O objetivo principal deste documento é divulgar as informações nele contida para que o paciente asmático atinja e mantenha o estado de controle da doença. O tratamento medicamentoso é baseado na classificação da gravidade e no estado dos níveis de controle.

Programa de controle de asma e rinite

A diversidade de sistemas de saúde em cada país, em conjunto com as variações na disponibilidade da terapêutica da asma requer que as recomendações de cuidados com os pacientes asmáticos sejam adaptados às condições locais de cada comunidade. Além disso, os funcionários de saúde pública necessitam de informações, sobre os custos dos cuidados com asma, para gerirem este problema crônico, na criação de programas de controle da asma, onde haja o desenvolvimento de serviços especializados no cuidado de asma e rinite em que métodos educacionais e de serviços se adequem as necessidades locais, para responderem às necessidades específicas de cada país. ⁽⁶⁾

O Programa Iniciativa Mundial para ASMA (GINA) visa melhorar os cuidados de pessoas com asma, desde a divulgação de informações científicas e recomendações para os programas de asma, do tratamento dos pacientes pelos profissionais de saúde além de fo-

lhotos educativos para pacientes e suas famílias. ⁽⁶⁾

Todo esforço deve ser feito para incentivar e garantir a disponibilidade e acesso aos medicamentos, desenvolvendo meios eficazes para implementar Programas de Gestão em ASMA, incluindo a utilização de instrumentos adequados para medir o sucesso.

O último manual da Iniciativa Mundial para ASMA é datado de 2008, e no nosso país, o último Consenso-IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma foi lançado em 2006.

A situação atual dos programas de asma no Brasil

A asma é considerada um problema de Saúde Pública pelos órgãos governamentais. Apresenta prevalência em torno de 20%, segundo dados do DATASUS leva a 350.000 internações a cada ano, e ainda é responsável por 5 a 10% dos óbitos por causa respiratória. Na maioria das situações a ASMA apresenta crises potencialmente reversíveis, quando tratada precocemente e adequadamente.

Há muitos anos as associações médicas envolvidas no tratamento desta doença lutam pela criação e implantação de um Plano Nacional de Asma e com um envolvimento e comprometimento dos órgãos governamentais, criaram uma oficina de trabalho no ano de 2006, para discutir os pontos básicos do programa: capacitação profissional, planejamento, implantação, cobertura epidemiológica, financiamento e resultados. Neste encontro estiveram presentes representantes de todas as associações (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia-SBPT, Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP, a Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia-ASBAI, a Sociedade Brasileira da Medicina da Família e Comunidade - SBMFC e a Associação Brasileira de Asmáticos -

ABRA), do Ministério da Saúde e de 13 Programas de Asma que já estavam em funcionamento há mais de 2 anos. (Quadro 1)

Durante a oficina realizada em Brasília foi também discutido a importância das políticas públicas para a asma dentro de um contexto no qual se considerou a integralidade, o modelo assistencial e a vigilância em saúde e o aproveitamento das experiências dos programas já em funcionamento.

A descentralização, a municipalização e a regionalização dos Programas de Asma no Brasil são fundamentais para seu melhor funcionamento.

Até o ano de 2004, quanto aos cuidados da asma e rinite, não existia uma Política nacional de abordagem integral aos pacientes portadores dessas doenças, sendo que apenas o tratamento da asma grave era contemplado no elen-

co do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, instituído por meio da Portaria GM n.1318, de 23 de junho de 2002, atualizada pela Portaria SAS/MS nº 921, de 25 de novembro de 2002. Este Programa assegura o acesso aos medicamentos beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol a todos os pacientes portadores de asma grave cujo caso clínico se enquadre no CID 10, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas publicados por meio da Portaria SAS/MS n.12, de 12 de novembro de 2002.

Diante desta constatação, em 2004, o Ministério da Saúde publicou o Manual técnico Asma e Rinite: linhas de conduta em atenção básica, que corrobora o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma de 2002 e o guia para Manejo da Rinite Alérgica e seu impacto na Asma de 2002. Assim, mediante esta política, o tratamento da asma leve a moderada passou a ser realizado na rede de atenção básica. Com a Portaria GM n.1.105 de 5 de julho de 2005, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso pelo fornecimento dos medicamentos destinados a asma (leve e moderada) e à rinite, visando o tratamento dos pacientes; porém devido a sugestão dos gestores estaduais e municipais de saúde, houve a descentralização dos recursos federais destinados ao custeio de medicamentos

da farmácia básica, o que resultou na revogação em outubro de 2005 desta Portaria. (Quadro 2)

Os recursos federais destinados aos custeios de medicamentos da atenção básica, tiveram forte crescimento, e os recursos aplicados na assistência farmacêutica nos últimos quatro anos cresceram aproximadamente 120%, representando cerca de 12% do orçamento total do Ministério da Saúde para 2006.

O Programa Criança que Chia - Belo Horizonte - MG foi implantado progressivamente desde 1996, a partir de um Programa desenvolvido em 1994 no ambulatório Campos Sales, com um ambulatório de referência, sendo firmado um acordo de cooperação técnica entre a Faculdade de Minas Gerais e o prefeito de Belo Horizonte. O objetivo do Programa era investir na capacitação da equipe de saúde e na educação em asma dos pacientes e familiares; reorganizar a assistência pública dispensada à criança asmática, envolvendo os níveis primários, secundários e terciários, permitindo assim criar vínculo do paciente com a equipe de saúde das unidades básicas e disponibilizar medicamentos inalatórios para o controle das exacerbações e para o tratamento de manutenção. Em relação aos resultados obtidos, pode-se afirmar que após análise do inquérito realizado com 124 pediatras, 86% deles afirmaram serem capazes de discriminar

Quadro 1 - Programas de Asma Existentes no Brasil

Programas	local
Programa Criança que Chia	Belo Horizonte, MG
Programa de Volta para Casa&Asma	Porto Alegre, RS
Programa Respira Londrina	Londrina, PR
Programa Catavento	Goiânia, GO
Programa Proaica	Fortaleza, CE
Programa CreAs	Vitória, ES
Programa ProAR	Feira de Santana, BA
Programa Papa	São Luis, MA
Programa Respira Niterói	Niterói, RJ
Programa Respira Rio	Rio de Janeiro, RJ
Programa ProAR	Salvador, BA
Programa Controle da Asma	Curitiba, PR
Programa de Atendimento ao paciente Asmático	Brasília, DF

Fonte: Cerci Neto (2007)

Quadro 2 - Medicamentos elencados na Portaria GM n.1.105/05, destinados ao tratamento da asma e da rinite (Brasília, 2006)

Medicamento	Apresentação
Dipropriionato de beclometasona 50mcg spray nasal	Frasco
Dipropriionato de beclometasona 250 mcg spray	Frasco
Salbutamol solução oral 2mg/5ml	Frasco
Salbutamol 2 mg	Comprimido
Salbutamol 100 mcg spray oral	Frasco
Prednisona 5 mg	Comprimido
Prednisona 20 mg	Comprimido

Fonte: Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE/MS (Brasil, 2006).

os pacientes elegíveis para o tratamento com corticoterapia inalatória e cerca de 50% se sentiam seguros para acompanharem clinicamente seus pacientes asmáticos; houve redução do número de hospitalizações (antes e após inclusão no programa), o que constitui um dos principais objetivos do programa; e incremento no uso de aerossol acoplado a espaçador e redução à metade da micronebulização tradicional. Este programa fez doze anos de criação em 2006 e dez anos de sua implantação na rede pública. ⁽⁷⁾

O Programa de Volta para Casa & Asma-Vigilância à Saúde da Família que convive com Asma no serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre-RS é formado por 12 unidades de saúde de atenção primária e quatro hospitais do SUS (Sistema Único de Saúde). A implantação do Programa foi em 2001 e incluía capacitação, educação permanente, assistência multiprofissional, elaboração de diretrizes de atendimento, guia de visita domiciliar e grupos de educação com a elaboração de material educativo e acesso à medicação. Após o período de um ano do programa, reduziu-se a internação em 9% ($p=0,04$ -RR=1,65), nas unidades onde houve a implantação do programa, não ocorrendo redução nas outras unidades de saúde. Desde 2003, o percentual de internações por asma vem diminuindo (19% em 2003, 16% em 2004 e 14%, em 2005). Em 2006, iniciaram a revisão das diretrizes clínicas e reestruturação do sistema de informação do programa, permitindo assim avaliação imediata nas unidades com boletim de atendimento informatizado. ⁽⁷⁾

O Programa Respira Londrina-PR iniciou-se com um projeto piloto em 2002 em apenas uma UBS (Unidade Básica de Saúde) e possuía como proposta a Educação Permanente do profissional

de saúde, na busca ativa dos pacientes, no tratamento mais humanizado, na facilidade de acesso do usuário ao serviço, na medicação gratuita, nas visitas domiciliares para controle ambiental e acompanhamento e na integração dos vários níveis de atenção à saúde. Dentre as medidas iniciais para a implantação do Programa, houve a criação de fichas, com intuito de uniformizar o atendimento, sendo elas: ficha de atendimento (adulto e bebê chador) que é preenchida pelo médico, ficha para cadastramento do asmático no programa (preenchida pela enfermagem), ficha de aprazamento de medicação para controle e dispensação de fármacos, preenchida pelo profissional responsável pela farmácia, ficha de controle ambiental, preenchida pelo profissional de enfermagem junto ao agente comunitário da microárea, nas visitas domiciliares e ficha de avaliação global (monitoração do Programa na UBS). No período de 2004 a 2005, houve redução de 33% das internações por crise asmática em relação a 2002 a 2003. Outros resultados foram o reconhecimento por parte do asmático e seus familiares, que relatam melhora clínica e satisfação com o tratamento recebido; redução na fila de espera para atendimento com especialista, atuação do Conselho Consultivo em Asma no Município, com participação de todos nas visitas às Unidades Básicas de Saúde e nos treinamentos; aumento de produção científica (produção de trabalhos, estágio de acadêmicos da área de saúde da Universidade Estadual de Londrina e pós graduação-mestrado e doutorado); e a criação do projeto de lei reconhecendo o Conselho consultivo e funções a ele atribuídas. ⁽⁷⁾

O Programa de Controle da Asma de Goiânia-Catavento, iniciado na sua segunda versão em novembro de 2004, com a chegada das medicações, tem como proposta a garantia de atendi-

mento integral ao paciente asmático na rede pública de saúde e os objetivos de: conscientizar os órgãos gestores, os profissionais de saúde e a população em geral que a Asma é um problema de saúde pública, difundir para os profissionais de emergência os conceitos terapêuticos de acordo com os Consensos Brasileiros de Asma, reduzir o uso inadequado de medicamentos, garantir a manutenção do fornecimento gratuito de medicamentos básicos aos pacientes asmáticos, viabilizar a captação do maior número possível de pacientes asmáticos para integração ao programa, levantar indicadores que permitam um melhor conhecimento do problema, reduzir o número de internações e de procuras pelo atendimento de emergência devido à crise de asma e reduzir os custos diretos e indiretos com asma, colaborando para atingir as metas de responsabilidade fiscal e melhora da qualidade de vida da população. Por ser um Programa considerado jovem, esperam que haja, em breve, resultados como redução das internações, à procura de unidades de emergência e a melhora da qualidade de vida dos pacientes. ⁽⁷⁾

O Programa de Atenção Integral à Criança Asmática (Proaica) de Fortaleza-CE, foi implantado em 1996, com o objetivo geral de melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança e do adolescente com asma em Fortaleza e objetivos específicos: de promover a assistência, desenvolver um programa educativo, organizar a partir da rede básica, um sistema integral à saúde da criança e do adolescente com asma e avaliar, por pesquisa, os resultados desse programa de controle da doença. Como estratégias de controle fazem uma pré consulta com abordagem educativa grupal realizada entre pacientes/familiares e profissionais (assistente social e /ou enfermeiro), consulta médica e pós consulta realizada por enfermeiro

e/ou assistente social a fim de enfatizar a educação, prevenção das crises, e explicação do plano terapêutico para garantir a adesão ao tratamento ⁽⁶⁾. A alta do programa ocorre quando o paciente não apresenta crise de asma há mais de um ano e quando não está em uso contínuo de corticóide inalatório; caso o paciente deixe de comparecer às consultas por um período de um ano, é considerado abandono e desligado do programa. Como resultados do Proaica em relação ao perfil socioepidemiológico têm: 90,2% dos pacientes atendidos no programa têm idade inferior a 3 anos, 57,4% são do sexo masculino, a renda familiar mensal encontrada foi baixa, em média 1,61 salários mínimos; depois de um ano de acompanhamento, houve redução de 88,6% no número e intensidade das crises e em relação à gravidade, 29,5% dos casos eram classificados como intermitentes, 49,5% persistentes leves, 8% persistentes moderados e 13% persistentes graves; redução da frequência a ida à emergência em cinco ou mais vezes (16,8%). Em relação aos pacientes em idade escolar houve também redução do absenteísmo escolar (apenas 5%). ⁽⁷⁾

O Programa de Controle de Rinite e Asma da Santa Casa de Misericórdia (Programa CreAS)-Vitória-ES é um projeto de assistência que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Emescan (Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória) e teve seu início em março de 2000, no ambulatório de Asma do Serviço de pneumologia, sendo os medicamentos prescritos, comprados pelos pacientes ou doados pela indústria farmacêutica. A partir de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória passou a fornecer salbutamol e beclometasona em spray e em 2004, a Secretaria Estadual de Vitória, forneceu formoterol e budesonida mediante autorização procedimentos de alto custo

(APAC). Em 2005, e parceria com a prefeitura municipal, concretizou o projeto da criação do Centro de Referência em Asma para adolescentes e adultos, estabelecendo um registro próprio e uma ficha padrão para atendimento, com base na utilizada pelo Plano de Atenção ao Paciente com Asma e Rinite do Rio de Janeiro. Os principais objetivos eram de se tornar uma referência para o atendimento, reduzir o número de consultas e/ou internações em unidades de emergência, manter um programa de educação em conjunto com a ABRA de Vitória, enfatizar o conceito de via aérea única, reforçando a necessidade do controle da rinite alérgica segundo Iniciativa ARIA, pesquisar e controlar as co-morbidades, treinamento contínuo dos profissionais e garantir o acesso ao medicamento inalatório. Em relação aos resultados, houve diminuição das internações por asma em Vitória e na Santa Casa e dos 280 pacientes inscritos no Programa até outubro de 2005, 197 são do sexo feminino e 83 do sexo masculino, e de acordo com a classificação da gravidade, 37,5% portadores de asma leve, 33,2%, asma persistente moderada, e 29,3% asma persistente grave. ⁽⁷⁾

O Programa de Controle da Asma e Rinite (Pro AR - Feira de Santana-BA) iniciou sua implantação em 2004, com o auxílio da experiência do Programa Pro AR Bahia e do Conselho Municipal de Saúde. As medicações utilizadas seguem as recomendações da Portaria do Ministério da Saúde n. 1.318 de 23 de julho de 2002, para o tratamento de asma e rinite. O fluxograma para o atendimento no Centro de Referência é realizado com consultas agendadas e captação dos pacientes pelos profissionais dos hospitais, policlínicas, programa de saúde da família, unidade básica de saúde, centro de saúde e a busca espontânea; sendo iniciado, dessa forma, a organização do serviço de referência

e contra-refêrência aos pacientes com asma. Até junho de 2006, dos 2.851 pacientes atendidos com asma no Centro de Referência, 24,78% foram classificados como asma grave, 47% de asma associada a rinite em todas as formas, 14% de rinite sem asma e 9,4% com outros diagnósticos. Observaram a predominância de encaminhamento da asma nas formas leve e moderada com aumento gradual das formas graves. Os resultados do Programa após um ano de funcionamento demonstraram redução nas hospitalizações em 2005 em comparação ao ano 2004, diminuição na busca de emergência por exacerbação da crise de asma em 86% dos pacientes em tratamento além de impacto na taxa de hospitalização por infecções respiratórias em crianças menores de 5 anos, com percentual de redução de 51%. Houve também redução da mortalidade por asma em 2005 em comparação aos anos anteriores. Há perspectivas de redução na prevalência de asma na cidade com o diagnóstico precoce da rinite alérgica na criança por ser a rinite um fator de risco para a asma, além de favorecer um melhor controle da asma. ⁽⁷⁾

O Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica (Pro AR)-Salvador BA, é um programa multiinstitucional de ensino, pesquisa e assistência, baseado no Plano Nacional de Controle da Asma e coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (Fapesb). O projeto foi elaborado em 2002 e suas primeiras iniciativas ocorreram em 2003, com envolvimento de todas as instâncias do SUS. Este programa tem como metas a assistência integral ao paciente com asma e rinite associada no âmbito do SUS na Bahia, incluindo o fornecimento integral das medicações; a estruturação de ambulatórios de referência para os casos graves, que

teriam prioridade no atendimento e o treinamento das equipes de Atenção Básica de Saúde do SUS para o cuidado de casos de asma leve a moderada. Em relação a custo-efetividade do ProAR, foi analisado o número de consultas, idas à emergência, internações, Unidade de Tratamento Intensivo, exames complementares, medicação utilizada e recursos humanos médicos e não médicos sendo verificado os custos utilizados pelo Sistema Público de Saúde (emergência, internação e UTI), que após a inclusão no programa, houve economia anual para o SUS de R\$1.727,02 por paciente, pois o aumento no custo total do tratamento preventivo dos pacientes, foi compensado por uma grande redução nos custos hospitalares, que caíram de R\$ 151.570,06 para R\$2.181,36 (dados da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia).⁽⁷⁾

O Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA)-São Luís- MA, foi fundado em 1996, com o objetivo de criar um ambulatório de assistência ao paciente asmático associado a um plano de educação para os pacientes e seus familiares, a fim de avaliar, monitorar, educar e tratar, sendo adaptado de acordo com as características socioeconômicas e culturais da população alvo. Consta de um modelo de atendimento de pré consulta (realizada pela equipe de enfermagem e/ou alunos de graduação em medicina e enfermagem), consulta (realizada por médicos e/ou pelos acadêmicos de medicina por preenchimento de ficha padronizada, realização de prova de função pulmonar com broncodilatador para confirmação diagnóstica e classificação da gravidade e monitoramento da asma) e pós consulta (realizada por acadêmicos de enfermagem que avaliam como o paciente está usando a medicação inalatória e programa educacional com palestras). O PAPA oferece treinamento e capa-

citação para as equipes do Programa de Saúde da Família com uma parte teórica e prática, aplicada por equipe multidisciplinar de médicos e acadêmicos de medicina e/ou de enfermagem previamente treinados e capacitados, a fim de formarem multiplicadores de treinamento, capacitação e supervisores de programas educativos em ASMA para a rede básica de saúde.⁽⁷⁾

O Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do Distrito Federal foi implantado em 1999 pela Secretaria de Saúde, com os objetivos de: fortalecer a adesão dos pacientes e familiares com tratamento ambulatorial, reduzir demanda do pronto socorro, número de internações e gastos diretos e indiretos, melhorando a qualidade de vida do asmático e sua produtividade, diminuindo seu sofrimento, suas faltas ao trabalho e a escola e prevenir o óbito. O fluxo-grama para o atendimento ao paciente depende da gravidade de sua classificação, os casos leves são acompanhados no próprio centro de saúde ou no PSF, os moderados ou graves, nos centros de referência. As perspectivas do programa são a informatização do atendimento e dos dados estatísticos, aquisição de espirômetros, criação de um novo Centro de Referência em Samambaia, treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, fortalecimento do acompanhamento dos pacientes na atenção primária, manutenção do fornecimento dos medicamentos básicos e de alto custo para os pacientes asmáticos.⁽⁷⁾

O Programa Crescendo com Saúde e Alergias Respiratórias na Infância-Secretaria Municipal de Saúde-Curitiba-PR, tem a finalidade de reduzir o impacto das doenças respiratórias na morbimortalidade infantil do município, com elaboração de protocolo de atendimento, em parceria com setores acadêmicos e entidades de classe para padronização de condutas relativas às

doenças respiratórias. Como objetivos do programa: padronizar e adequar à realidade local as condutas relativas às doenças respiratórias; organizar o fluxo entre as atenções primária, secundária e terciária (referência e contra-referência); disponibilizar medicamentos aos pacientes da rede pública municipal (antibióticos broncodilatador e corticóide inalatório); capacitar médicos da rede pública municipal e reduzir a morbidade e a mortalidade por doenças respiratórias. Em um levantamento realizado no ano de 2004, de pacientes atendidos no ambulatório de alergia/pneumologia pediátrica do Hospital das Clínicas - UFPR, dos 831 pacientes em acompanhamento, com idade média de 4,5 anos, a asma foi classificada pela intensidade como leve (38,5%), moderada (54,4%) e grave (7,1%) e em relação ao tratamento medicamentoso, o corticóide inalatório foi o de escolha em 95% dos casos, a teofilina em 18% e o broncodilatador de longa ação em 6% dos casos.⁽⁷⁾

O RESPIRA Niterói-Plano de Atendimento ao Asmático no Município de Niterói-RJ teve seu início em meados de 2003, baseado no Plano Nacional de Controle da Asma do Ministério da Saúde⁽⁹⁾. Como objetivos principais do programa têm: oferecimento de esquemas diagnósticos e terapêuticos com eficácia na resolução da asma; conscientização dos órgãos gestores, profissionais de saúde e população em geral de que a asma é um problema de saúde pública; introdução e implementação na rede SUS de normas de manejos do paciente asmático; redução da morbimortalidade por asma em Niterói; diminuição dos custos com atendimento em serviços de emergência, hospitalizações, absenteísmo escolar e no trabalho e definição de indicadores que permitam o acompanhamento dos resultados da implementação do Programa de Controle de

Asma no município. Em relação ao fluxo de atendimento deste programa fica acertado que os casos de asma leve, o acompanhamento será realizado a nível de atenção básico (módulos médicos da família, unidades básicas e políclínicas comunitárias); os classificados como asma grave, atendidos no nível de atenção de referência (Policlínica Sylvio Picanço, Hospital Universitário Antônio Pedro-HUAP e Hospital Getúlio Vargas Filho-HGVP); e os de asma moderada sem complicação, no nível de atenção básico e os com complicação, nos ambulatórios especializados (nível de referência). Como resultados deste programa, em 2005, houve redução de 25% das internações por asma na faixa etária pediátrica e implantação de ações educativas com treinamento das equipes engajadas no programa.⁽⁷⁾

Programa de asma no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro possui uma população residente de 6 117 935 habitantes com uma população de 1 574 556 na faixa etária de 0 a 19 anos de idade (o que corresponde a 26% do total da população). As doenças do aparelho respiratório correspondem à importante causa de internação e óbito no município do Rio de Janeiro, dentre elas, se destaca a asma, na faixa etária de 1 a 4 anos de idade. Há ainda um grande número de crianças e adolescentes que não tem acesso a atendimento ambulatorial, gerando uma ida frequente aos serviços de emergência para serem atendidas, ocasionando internações evitáveis com comprometimento da qualidade de vida e culminando com absentismo escolar.⁽⁷⁾

Desde o ano de 2000 a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a implantação do atendimento a crianças com asma grave em Unidades de Saúde com médicos especialistas (alergistas e

pneumologistas). Nesta época havia 3 Polos (Hospitais Cardoso Fontes, Jesus e Piedade), de asma grave para crianças, sendo fornecido pela SMS a grade de medicamentos (beclometasona spray 250mcg e salbutamol spray 100mcg). Foram realizados treinamento para capacitação de pediatras nas Unidades de Saúde da Rede Municipal para atendimento ambulatorial em asma segundo a Metodologia AIDPI-MS.

O objetivo de um Polo de asma é para organizar a assistência aos pacientes com asma e asma associada à rinite, com uma abordagem diagnóstica e terapêutica das 2 enfermidades de acordo com os Consensos Brasileiros de Asma⁽⁵⁾, normatizando o diagnóstico com a classificação da gravidade vigente (asma intermitente, persistente leve, moderada e grave) e padronizando e humanizando o tratamento para os pacientes.

No ano de 2003, em parceria com a Sociedade de Pediatria, no CONSOPERJ (Congresso de Pediatria no Estado do Rio de Janeiro), durante o curso avançado de pneumologia, houve treinamento de 20 pediatras e ainda neste ano, o município do RJ, contava com 15 Polos de asma leve a moderada.

Sob a gerência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através da coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde e da Gerência de Programas de Saúde da Criança em parceria com a Gerência de Pneumologia Sanitária, foi implantado em 2004 um programa de atendimento ambulatorial ao paciente com asma e rinite; sendo elaborados impressos para o atendimento nos Polos: ficha de acompanhamento, mapa de registro diário de atendimento, consolidado mensal de atendimento e controle de estoque de medicamentos. A ficha de atendimento utilizada foi modificada pelo grupo técnico da SMS, sendo utilizada como base

a ficha do Programa de Asma de Belo Horizonte por ser de fácil preenchimento e servir de roteiro para o profissional checar todas as informações importantes. As informações do mapa do registro diário são um resumo da ficha de acompanhamento, seguindo a mesma ordem dos itens (ANEXO I). O consolidado mensal, que deve ser preenchido pela chefia diretamente relacionada ao Polo, contem os totais mensais dos itens do mapa de registro diário, acrescido de informações extraídas do livro de inscrição do Polo. O consolidado mensal e a ficha de controle de medicamentos são enviados mensalmente para a CAP e Gerência de Programa da Criança.

Esse programa visa à criação de Polos de tratamento de acordo com a gravidade da asma brônquica: leve, moderada e grave, divididas pelas áreas programáticas do município e atendendo pacientes pediátricos e adultos, em uma tentativa de se reduzir a morbimortalidade nos residentes do município do RJ, tendo como objetivos específicos:

- Capacitar profissionais da rede de atendimento
- Promover educação permanente para os profissionais
- Aumentar a cobertura do acompanhamento de asmáticos por meio da implantação de novos Polos de asma
- Garantir o suprimento de medicamentos e espaçadores
- Promover a captação dos pacientes sem acompanhamento nas emergências e serviços de pronto atendimento, PSF e PACS, e creches da SME
- Hierarquizar os Polos
- Inserir pré e pós consulta nos Polos
- Garantir referência segundo a classificação da asma para os Polos, conforme a complexidade dos mesmos.
- Implantar ações de promoção e educação em saúde para os pacientes e seus familiares em associação com a ABRA-RJ

- Implantar testes diagnósticos de alergia e imunoterapia
- Aperfeiçoar o sistema de informação.
- Com a criação dos Polos, tem-se uma tentativa de normatização e padronização do atendimento do paciente asmático seguindo o Consenso Brasileiro de Asma que preconiza o tratamento de acordo com a classificação da asma brônquica: intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave. Atualmente, no município encontram-se em funcionamento 33 Polos (Quadro 3), sendo 12 para atendimento pediátrico (3 para asma grave e 9 para asma leve a moderada). Os pacientes inscritos no programa recebem terapia medicamentosa, que em 2004, foi elencado o arsenal terapêutico:

- Budesonida spray nasal (32 mcg),
- Budesonida aerossol bucal (50 e 200 mcg) e suspensão para nebulização 0,25mg/ml,
- Salbutamol spray 100mcg
- Formoterol cápsulas de 12 mcg,
- Cetirizina 10mg/cp e solução oral 1mg/ml

A grade de medicamentos foi expandida desde os primórdios de 2000 até o ano de 2004, pela parceria entre Núcleo de Assistência Farmacêutica, Setor de compras e GPC e GPS da SMS_RJ. A liberação dos medicamentos é realizada por prescrição exclusiva de profissionais dos pólos (pediatras, pneumologistas e alergistas).

No ano de 2005 houve ampliação dos Polos de atendimento com um total de

Quadro 3 – Ampliação em número dos Pólos de asma no município do Rio de Janeiro

Classificação Asma	2005	2006
Asma grave	2	3
Asma leve/moderada	16	30
Total	18	33

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - RJ

18 Polos para o atendimento pediátrico e 4 para adultos totalizando 50 Polos de atendimentos de crianças e adultos, em torno de 5 Polos para cada APs; sendo ampliado o programa de atendimento com fluxo de sala de espera, consulta de enfermagem no intuito de promoção e educação em saúde. (Quadro 3)

Foram elaborados os instrutivos de preenchimentos das fichas e treinado os técnicos responsáveis pelo atendimento nos Polos com a finalidade de esclarecer a importância do correto preenchimento, que na SMS serão digitados em um banco de dados que subsidiam para dimensionar a compra de medicamentos, estipulando a cota para cada Polo, permitindo monitorar o perfil de atendimento, acompanhamento clínico e capacidade de atendimento de cada Polo.

Foram realizados cursos de capacitação para os profissionais da rede municipal de saúde que prestavam atendimento aos pacientes com asma e rinite, dentro dos critérios do III Consenso do Manejo da Asma e pelo Guia da Iniciativa Ária (Impacto da Rinite Alérgica na Asma); a fim de padronizar o atendimento e integrar as equipes responsá-

veis pela atenção desses pacientes.

No ano de 2006 (abril), houve a expansão dos Polos, definidos e pactuados entre os gestores de CAPs e unidades e equipe técnica da SMS, passando de 18 para 33 os Polos para crianças (três de asma grave e trinta de asma leve a moderada). O intuito era de alcançar 50 Polos, porém, o mesmo não foi atingido, devido a abertura dos novos Polos estar condicionada ao abastecimento de medicamentos.

Desde 2002, com intensificação a partir de 2004 e com a crise orçamentária da SMS-RJ, foram vivenciados períodos de desabastecimento de medicamentos da grade de asma e rinite; sendo o beta-2-agonista de longa duração e a budesonida, dispensados pela listagem de medicamentos excepcionais que são da responsabilidade de aquisição e distribuição da Secretaria Estadual de Saúde.

Em relação aos resultados do RespirA-Rio, na avaliação realizada no segundo semestre de 2005, por meio dos consolidados mensais dos 15 dos 18 Polos em funcionamento, havia 4047 pacientes em tratamento no Polo de asma leve a moderada, tendo 183 (4,5%) ido ao serviço de emergência e apenas 22 (0,5%) relatados terem sido internados. Nos 2 Polos de asma grave, com 1280 pacientes em atendimento e na análise desse mesmo período, 140 (11%) procuraram serviço de emergência e apenas 39 (3%) relataram internação. Conclui-se que esses dados corroboram o impacto positivo decorrente do Programa de Controle da asma e rinite das crianças e adolescentes.⁽⁷⁾

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos HS, Machado JL, Gonfieri JH. Sintomas respiratórios, bronquite crônica e asma na população urbana de Cascavel, PR. Resultados da aplicação de um questionário padronizado numa amostra da população, em 1989. *Pulmão RJ* 1994;4:14-22.
2. Gergen PJ, Weiss KB. Changing patterns of asthma hospitalization among children: 1979-1987. *JAMA* 1990;264:1688-92.
3. Rosário Filho NA. Broncodilatadores na asma: contornando controvérsias. *J Pediatr* 1996; 72: 281-86.
4. Global Initiative for Asthma - GINA 2006 In: Global strategy for asthma management and prevention. [monografia na internet] Bethesda,MD: National Institute of Health;2006. [acesso em Mar 2008 11]. Disponível em: http://www.who.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright%5b1%5d.pdf
5. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol* 2006;32 (Supl 7):S447-S474
6. Global Initiative for Asthma - GINA 2008 (update) In: Global strategy for asthma management and prevention. [monografia na internet] Bethesda,MD: National Institute of Health;2008.[acesso em 2009 Mar 20]. Disponível em: <http://www.ginasthma.org/Guidelineitem.asp?i1=2&l2=1&intId=1561>
7. Epidemiologia da asma no Brasil. In: Asma em saúde pública. Barueri, SP: Manole; 2007
8. Araujo SHFS. Pós consulta de enfermagem: facilitadora da apreensão do conhecimento sobre o manejo da asma e da adoção de comportamentos recomendados? [mestrado].
9. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2002.
10. Fiterman J, Chatkin, JM, Chatkin, M. Epidemiologia da asma In: Silva, LCC, Menezes, AM, organizadores. Epidemiologia das Doenças respiratórias. [monografia na internet] Rio de Janeiro: SBPT;2001, v. 1, p. 41-56 [acesso em 2004 Feb 20]. Disponível em: www.sbpt.org.br

AValiação

1. O Programa de atendimento ambulatorial ao paciente com asma e rinite no município do Rio de Janeiro, contempla o(s) seguinte(s) medicamento(s):
 - a) budesonida spray nasal
 - b) budesonida spray oral
 - c) salbutamol spray
 - d) a + b
 - e) a + b + c
2. Assinale o número de Polos de atendimento de Asma Grave para crianças no município do Rio de Janeiro a partir de 2006:
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5
3. Em 2002, pela primeira vez no Brasil, Portaria Federal assegurou o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional para o tratamento de:
 - a) Asma leve
 - b) Asma Moderada
 - c) Asma Grave
 - d) Rinite
 - e) c + d

Preencher ficha na página 27 e enviar à SOPERJ

FICHA DE AVALIAÇÃO-RESPOSTAS-ANO 11-Nº1-JUN 2010

I) Diagnóstico e Prevenção da Tuberculose na infância

1. a) b) c) d) e)

2. a) b) c) d) e)

3. a) b) c) d) e)

II) Política Sanitária para Asma no Brasil

1. a) b) c) d) e)

2. a) b) c) d) e)

3. a) b) c) d) e)

Sócios: respostas no site www.soperj.org.br

Não sócios: enviar à SOPERJ (R da Assembléia, 10, g 1812 - Centro - Rio de Janeiro, 20011-901 - RJ, junto com comprovação de depósito bancário de R\$ 20,00 - Bradesco - ag. 2756-1, conta 1274-2.