

# Comunicação Breve

## Exemplos brasileiros de programas de controle de asma\*

Brazilian examples of programs for the control of asthma

Alcindo Cerci Neto<sup>1</sup>, Olavo Franco Ferreira Filho<sup>2</sup>, Tatiara Bueno<sup>3</sup>

### Resumo

O objetivo do trabalho foi o de determinar quais são os programas brasileiros que apresentam experiência no manejo da asma. As informações sobre os programas e suas características foram obtidas via correio eletrônico. As variáveis analisadas eram relacionadas aos asmáticos, ao próprio programa e aos profissionais envolvidos. Utilizou-se a estatística descritiva. Foram analisados 17 programas. Todos os programas possuíam financiamento público, produção de materiais informativos e de treinamento e presença de médico especialista. Concluiu-se que a experiência acumulada em todos os programas pode ser utilizada como um dos pilares para a consolidação de um programa nacional de controle da asma.

**Descritores:** Programas; Asma; Saúde pública.

### Abstract

The aim of this study was to determine which Brazilian programs demonstrate experience in asthma management. Data on and characteristics of those programs were obtained by electronic mail. The variables studied were related to the program itself, its patients and staff. Descriptive statistics were used in the study, which evaluated 17 programs. All programs received public funding, produced educational/training materials and had specialized physicians on staff. We concluded that the experience accumulated by all the programs can be used as one of the pillars of a national program for the control of asthma in Brazil.

**Keywords:** Programs; Asthma; Public health.

---

\* Trabalho realizado no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR) Brasil.

1. Coordenador do Grupo de Trabalho de Programas Públicos de Asma, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT – Brasília (DF) Brasil.

2. Professor adjunto de Pneumologia da Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR) Brasil.

3. Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR) Brasil.

Endereço para correspondência: Alcindo Cerci Neto. Av. Duque de Caxias, 1980 – SL 202, CEP 96010-420, Londrina, PR, Brasil.

Tel 55 43 3323-9784. E-mail: [alcindoneto@sercomtel.com.br](mailto:alcindoneto@sercomtel.com.br)

Recebido para publicação em 13/2/2007. Aprovado, após revisão em 14/6/2007.

A asma é considerada uma doença crônica, de gravidade variável e alta prevalência. Por ter tais características, necessita do envolvimento de todos os níveis de atenção dos sistemas de saúde para o seu adequado manejo. Há muito tempo, diversos segmentos que prestam assistência a estes pacientes vêm pleiteando políticas públicas eficazes que viabilizassem um tratamento efetivo, de qualidade e centrado no indivíduo dentro de seu contexto social. Em 1999 foi assumido um compromisso entre o Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI), Sociedade Brasileira de Clínica Médica e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabelecendo diretrizes para a criação do Plano Nacional de Controle da Asma (PNCA). A partir de então, alguns programas de controle e atenção à asma foram criados, consolidados e expandidos, e esse esforço gerou experiências acumuladas de tratamento multiprofissional, melhor controle da doença, redução da morbidade e da procura a serviços de urgência.<sup>(1)</sup> Em 2001, após extensos debates, foi encaminhada, ao Ministro da Saúde, a Carta de Salvador, onde se alertava para a urgência da implantação definitiva do PNCA.<sup>(2)</sup> Houve um grande envolvimento governamental a partir de 2003, inicialmente com o financiamento de medicamentos para asma grave (portaria GM 1.318 e atualmente 2.577).<sup>(3)</sup> A partir de 2005, houve a aquisição de medicamentos para asma leve e moderada (portaria GM 2.084),<sup>(4)</sup> tendo os programas de asma como papel central no desenvolvimento desta política.<sup>(5)</sup>

Com os objetivos de determinar quais são os programas existentes no país com maior experiência no manejo da asma, o perfil epidemiológico dos pacientes e os profissionais envolvidos nestes projetos, além de verificar as estratégias de saúde pública adotadas, um pequeno estudo piloto foi desenvolvido.

A pedido dos autores, a SBPT e a ASBAI enviaram um questionário aos seus associados, via correio eletrônico, com a seguinte pergunta: Você participa de alguma iniciativa em programas de asma em sua região? Aos serviços dos associados que responderam “sim”, os pesquisadores enviaram um formulário para levantar as estratégias de saúde pública adotadas pelos programas, bem como os aspectos epidemiológicos dos pacientes (idade e sexo) e dos profissionais de saúde envolvidos (número de profis-

sionais, categoria profissional, número de consultas mensais e diárias, tipo de capacitação recebida pelos integrantes e ações educativas). Também se pesquisou o tempo de desenvolvimento da ação, se houve a criação de fichas e materiais educacionais e, por fim, qual era a origem do financiamento dos programas (estadual, municipal ou misto).

Após o recebimento e análise parcial dos formulários, foram excluídos os programas com tempo de duração inferior a dois anos ou os que tratavam apenas asma grave, pois o objetivo do estudo era a análise de programas amplos e abrangentes. Foi utilizada apenas a estatística descritiva para a demonstração dos resultados.

Dos 55 serviços que responderam “sim” à pergunta inicial, 28 (51%) programas eram ligados a secretarias de saúde (27 municipais e 10 estaduais) e 27 (49%) a instituições de ensino superior. Após o envio do segundo questionário contendo informações sobre as condições de infra-estrutura e recursos humanos, 11 (20%) não foram respondidos e 27 (49%) foram excluídos (17 só tratavam asma grave e 10 não tinham completado dois anos de programa). Concluindo, foram analisados 17 programas de asma, dos quais 4 eram coordenados por membros da ASBAI, 4 por membros da SBP, 3 da SBPT e 1 da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Destes, 14 (82%) programas ofereciam tratamento para todas as faixas etárias e apenas 3 (18%) programas atendiam exclusivamente crianças e adolescentes. Todos os programas utilizavam-se de recursos públicos para sua manutenção, como a compra de medicamentos e pagamento de recursos humanos. Em 4 (23%) deles, o financiamento era exclusivamente do estado, enquanto os outros 13 (77%) tinham financiamentos municipais e estaduais.

A média de tempo de desenvolvimento dos programas selecionados foi de 5,2 anos com desvio padrão de 3,0. Os programas localizavam-se predominantemente no eixo sudeste, com 8 programas, e sul, com 3 programas, enquanto no nordeste foram encontrados 3 e no centro-oeste, 2. Não existiam programas na região norte. Todos os programas de asma levantados produziram materiais de capacitação, administrativos (formulários, protocolos, rotinas, fluxogramas e apazamentos) e educativos (panfletos e apostilas). Verificou-se que em 8 (47%) programas foram desenvolvidas

**Tabela 1** - Número e categorias profissionais envolvidas nos programas de asma.

Categoria profissional	Número de profissionais	Média e desvio padrão por programa
Médicos generalistas	1.183	131 ± 118
Pediatras	670	67 ± 96
Especialistas	114	10 ± 13
Pneumologistas	60	-
Alergistas	23	-
Pneumopediatras	14	-
Outros especialistas	7	-
Enfermeiros	1.748	218 ± 225
Agentes comunitários	5.384	769 ± 753

atividades educacionais direcionadas à comunidade através de palestras ou visitas individuais.

Além disso, todos os programas continham centros de referência com médicos especialistas (alergistas, otorrinolaringologistas, pneumologistas e pneumopediatras) que desenvolviam ações integradas com o sistema básico de saúde. Em contraponto, apenas 7 (41%) programas utilizavam-se de agentes comunitários de saúde e 8 (47%) utilizavam-se de consultas de enfermagem. O número total dos profissionais envolvidos nos programas encontra-se listados na Tabela 1.

Foram geradas, em média, pelos programas, 160 consultas médicas/mês e 154 consultas de enfermagem/mês.

Procurou-se neste estudo identificar os programas de atenção à asma com pelo menos dois anos de funcionamento e que fossem estruturados de maneira a prestar atendimento integral ao asmático. A exclusão de 27 programas dos 55 pesquisados demonstrou que, apesar de existirem iniciativas práticas e funcionais para o cuidado do paciente com asma, um número significativo destas ações ainda se encontra em fase inicial de estruturação. A criação do primeiro PNCA serviu de estímulo e incentivo àqueles profissionais de saúde que há tempos almejavam por um melhor manejo da doença e do doente asmático. Conseqüentemente, a partir de 2003, com o financiamento integral para compra de medicamentos para asma,<sup>(6)</sup> o número de programas aumentou de forma significativa. O estudo revelou a importância do financiamento público para a consolidação de ações em asma,<sup>(6)</sup> pois todos os programas utilizavam recursos estaduais ou municipais.

A grande concentração de programas no eixo sul e sudeste, com 65% do total, pode decorrer de melhores condições socioeconômicas ou mesmo de uma melhor estrutura de atenção e cuidados médicos, além de ser esta região a mais populosa. Há, portanto, uma maior necessidade de investimento em recursos humanos nas regiões nordeste, centro-oeste, e principalmente na região norte, onde não existia qualquer programa que preenchesse os critérios do presente estudo.

Apesar do estudo abranger exclusivamente os programas mais amplos, somente oito deles desenvolviam atividades educativas em asma. Sabe-se que estas atividades têm extrema importância para o aumento da adesão ao tratamento proposto, para a melhoria da qualidade de vida e para a redução da gravidade da doença. Reconhecidamente, tais atividades são consideradas a peça-chave de qualquer programa em saúde. Em contrapartida, foi louvável identificar que todos os programas possuíam centros de referência em asma com médicos especialistas, capacitados e integrados à rede assistencial primária de saúde.

A Tabela 1 mostra que o número absoluto de profissionais envolvidos em programas de asma foi satisfatório: 1.183 generalistas, 670 pediatras e 114 médicos especialistas. São, no total, 1.967 médicos, os quais podem ser considerados como agentes de multiplicação dos conhecimentos adquiridos para todos os cantos do Brasil. Além disso, o ambiente é extremamente favorável em decorrência da existência de financiamento público integral para os programas.

A análise dos programas demonstrou que os profissionais de enfermagem desempenham um importante papel nesta malha. O sistema de saúde inglês já criou há algum tempo a figura da consulta de enfermagem para pacientes asmáticos, sendo esta inclusive recomendada no consenso britânico de asma.<sup>(7)</sup> O número de enfermeiros envolvidos com o tratamento da asma foi superior ao de médicos generalistas, inclusive na média de consultas/mês por programa.

As estratégias de saúde pública adotadas como saúde de família, acolhimento, humanização e agentes comunitários são utilizadas em apenas 41% dos programas. Tais estratégias são fundamentais para uma maior captação dos pacientes asmáticos e um atendimento integral aos mesmos.<sup>(8)</sup>

A metodologia do estudo não foi totalmente adequada. Isso decorreu da dificuldade em se levantar os dados de saúde pública em um país continental como o Brasil. Assim, certamente existem programas de asma que não foram captados pelo presente estudo. Entretanto, como o objetivo traçado pelos autores foi o de um estudo preliminar e as conclusões alcançadas são de que já existem experiências acumuladas para a formação de estratégias dirigidas a programas de asma em saúde pública, a falha metodológica não altera a conclusão final, ou seja, de que já existe experiência e profissionais suficientes no país, além de um acúmulo de informações para a criação de um programa nacional de capacitação profissional em asma e de incentivo à criação de novas estratégias em saúde pública.

## Referências

1. Holanda, MA. Asmáticos brasileiros: o tratamento desejado. *J Pneumol.* 2000; 26(3):187-8.
2. Silva LC, Freire LM, Mendes NF, Lopes AC, Cruz A. Carta de Salvador. *J Pneumol.* 2002;28(suppl 1):S2.
3. Portal da Saúde [homepage on the Internet]. Brasília: Imprensa Nacional - Diário Oficial da União; c1998 [updated 2006 Out 27; cited 2007 Jun 01]. [Adobe Acrobat document, 78p.] Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT\\_2577\\_Comp\\_Medicam\\_Dispon\\_Excep.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT_2577_Comp_Medicam_Dispon_Excep.pdf)
4. Portal da Saúde [homepage on the Internet]. Brasília: Imprensa Nacional - Diário Oficial da União; c1998 [updated 2006 Out 27; cited 2007 Jun 01]. [Adobe Acrobat document, 7p.] Available from: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2084\\_26\\_10\\_05.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2084_26_10_05.pdf)
5. Portal da Saúde [homepage on the Internet]. Brasília: Imprensa Nacional - Diário Oficial da União, c1998 [updated 2006 Out 27; cited 2007 Jun 01]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-698.htm>
6. Botega, A. Santos, MR. Descentralização das ações de assistência farmacêutica - asma e Rinite. Cerci Neto A, organizador. *Asma em saúde pública.* 1a ed. São Paulo: Manole; 2007. p. 23-7.
7. British Thoracic Society; Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma. *Thorax.* 2003;58(Suppl 1):S1-S94.
8. Silva CM, coordenador. *Asma e rinite: linhas de conduta em atenção básica.* 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.