



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



CELINA MÁRCIA PASSOS DE CERQUEIRA E SILVA

**PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES SOCIAIS SOBRE O
PROTOCOLO PARA ASMA E RINITE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Salvador

2005

CELINA MÁRCIA PASSOS DE CERQUEIRA E SILVA

**PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES SOCIAIS SOBRE O
PROTOCOLO PARA ASMA E RINITE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Leny A. Bomfim Trad

Salvador
2005



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

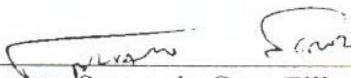
Celina Márcia Passos de Cerqueira e Silva

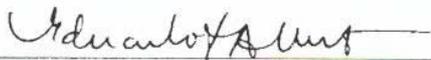
**Percepção de diferentes atores sociais sobre o
protocolo para Asma e Rinite na Atenção
Básica.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 08 de novembro de 2005

Banca Examinadora:


Prof. Alvaro Augusto Souza da Cruz Filho /FAMED -UFBA


Prof. Eduardo Luiz Andrade Mota /ISC - UFBA


Prof. Leny Alves Bomfim Trad / ISC - UFBA - Orientadora

Salvador
2005

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde que ofereceu a seus técnicos a oportunidade do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva; à Coordenação de Gestão do Departamento de Atenção Básica por compreender as minhas ausências do trabalho nos dias de aula; aos colegas do mestrado pelo incentivo constante.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ARIA – Rinite Alérgica e seu Impacto na Asma

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PROAICA – Programa de Atenção Integral à Criança Asmática

ProAR – Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica da Bahia

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

A asma é um problema de saúde pública que afeta parcela significativa da população. A rinite alérgica frequentemente coexiste com a asma. Reconhecendo a magnitude desses dois problemas e partindo do conhecimento científico de que são doenças passíveis de controle, o Ministério da Saúde elaborou um protocolo de atenção às pessoas com asma e rinite para a rede básica de saúde e se comprometeu em financiar os medicamentos necessários ao tratamento dessas duas doenças. Este estudo objetiva identificar limites e possibilidades do protocolo para asma e rinite na atenção básica elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004. Trata-se de um estudo de natureza exploratória onde foram identificadas as percepções de diferentes atores sociais: profissionais de saúde e gestores - coordenadores municipais e estadual de programas de asma, sobre o referido protocolo. Utilizou-se o método de análise de conteúdo para a apreensão das percepções dos atores sociais relatadas nos questionários e entrevistas realizados no período de julho a outubro de 2005. De uma forma geral, as percepções dos atores sociais foram positivas do ponto de vista de necessidade, pertinência e atualização técnico-científica do protocolo. Há controvérsias quanto à contribuição do protocolo para a humanização das práticas e integralidade da atenção. Houve unanimidade em referir a capacitação continuada dos profissionais da atenção básica como principal desafio para implantação/implementação do protocolo.

Palavras- chave: Atenção básica à saúde, Protocolo, Asma, Rinite, Humanização

ABSTRACT

Asthma is a public health problem affecting a significant part of the population. Allergic rhinitis frequently coexists with asthma and accumulated scientific data shows that both diseases can be controlled. Therefore, in 2004 the Brazilian Ministry of Health elaborated a protocol to attend people with asthma and rhinitis in the primary health care and decided to finance the medication used to treat these two diseases. The purpose of this study was to identify the possibilities and limitations of this protocol in the primary health care setting. Using questionnaires and interviews we identified the perceptions of different social actors: state and municipal coordinators of asthma programs and health care professionals about the protocol in the period between July and October 2005. Overall, the social actors were positive about the validity of the protocol and its up to date scientific information. However, there is controversy about the contribution of the protocol to the humanization of the assistance and care integrality. The social actors unanimously agreed that the permanent education of professionals is the most challenging task for the implantation/implementation of the protocol.

Key words: Primary Health Care, Protocol, Asthma, Rhinitis, Humanized Care

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

1	INTRODUÇÃO	9
2	MARCO TEÓRICO	11
3	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	34
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

Asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento (Busse et al, 2001). Rinite alérgica é definida como um transtorno sintomático do nariz, induzido por exposição a alérgenos, caracterizada clinicamente por rinorréia, espirros, obstrução e prurido nasal (Bousquet et al, 2002).

A asma é um problema de saúde pública que afeta parcela significativa da população. De acordo com o Estudo Internacional de Asma e Alergia na Infância (1998), a prevalência média de asma no Brasil é de 20%. A asma é responsável por 2,3% do total das internações e por 2 mil óbitos anualmente (Brasil, 2000a). Em 2004, 367 mil pessoas foram internadas por conta da doença, o que gerou gastos de R\$ 123,2 milhões no Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2005a). A rinite alérgica é a forma mais comum de doença atópica, com prevalência estimada entre 10 e 25% da população geral, freqüentemente coexistindo com a asma. Embora a rinite alérgica não seja uma doença grave, modifica a vida social dos pacientes e afeta o desempenho escolar e a produtividade no trabalho. Asma e rinite estão freqüentemente associadas e o tratamento da rinite favorece o controle da asma, fatos que sugerem que são manifestações diferentes de uma mesma doença (Bousquet et al, 2002).

Não há cura definitiva para asma e rinite, mas é possível aliviar os sintomas, permitindo que as pessoas tenham vida absolutamente normal. O controle da asma e da rinite baseia-se na combinação de cuidados com o ambiente e uso de medicações preventivas (Busse et al, 2001; Bousquet et al, 2002).

No caso da asma, freqüentemente, nos serviços de saúde é feita uma abordagem restrita ao tratamento sintomático do seu quadro agudo, apresentando, como resultado, internações desnecessárias e morbidade elevada; visitas freqüentes a serviços de urgência; e recorrentes faltas ao trabalho e à escola, com alto custo econômico e social. Atualmente os serviços de referência são os responsáveis pela atenção às pessoas com asma /rinite, entretanto são poucos e estão distribuídos de forma desigual pelo país.

O fato de serem doenças freqüentes que atingem parcela significativa da população e serem passíveis de controle com medicações já bem estudadas é a razão para a proposta do Ministério da Saúde (MS) de descentralização da atenção às pessoas com essas doenças para a rede básica de saúde. O MS entende que os dois pilares para o sucesso dessa descentralização são: a elaboração e distribuição de protocolo para disponibilizar conhecimentos atualizados aos profissionais de saúde e ajudar na organização dos serviços e a garantia das medicações inalatórias nas unidades básicas e unidades de Saúde da Família (Brasil, 2004a).

O objetivo da presente pesquisa é identificar limites e possibilidades do protocolo de asma e rinite para a atenção básica em saúde elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004 (ANEXO 1). De modo mais específico pretendeu-se:

- Descrever o processo de elaboração do protocolo de asma e rinite para a atenção básica em saúde;
- Identificar a percepção de diferentes atores sociais sobre o protocolo de asma e rinite considerando as seguintes dimensões: pertinência, adequação técnico-científica, contribuição para a humanização das práticas e para a integralidade da atenção e facilidade de operacionalização.
- Identificar os potenciais fatores restritivos e facilitadores para a implantação/implementação do protocolo na opinião dos atores sociais.

Trabalhamos com a percepção de gestores (coordenador estadual e coordenadores municipais de programas de asma) e profissionais de saúde da atenção básica acerca do referido protocolo, buscando evidenciar em que medida atende às necessidades dos médicos e enfermeiras que atuam na rede de atenção básica em saúde e procurando contribuir para sua validação. Com este trabalho buscamos subsidiar a elaboração de outros protocolos e contribuir para orientar a implantação/implementação dessa tecnologia na atenção básica à saúde.

2. MARCO TEÓRICO

Concepção de atenção básica à saúde

A concepção moderna de atenção primária à saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, com o Relatório Dawson, que propunha a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários, os centros secundários e os hospitais de ensino. O documento influenciou a organização desses sistemas em vários países do mundo (Dawson apud Mendes, 2002).

Há muitas definições de atenção primária à saúde, sendo a mais conhecida a formulada pela Organização Mundial de Saúde:

Atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que tanto a comunidade como o país possa suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela é parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento social e econômico da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1978).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 1978, definiu como componentes fundamentais da atenção primária à saúde: a educação sanitária, o saneamento básico, o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar, a valorização da medicina tradicional, o fornecimento de medicamentos essenciais, a prevenção de endemias, o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns e a promoção de alimentação saudável (OMS/Unicef, 1979).

Quando a Organização Mundial de Saúde propôs uma agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, muitos países industrializados já as haviam alcançado, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingí-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implantação (Vuori, 1984).

Para Mendes (1999), há três interpretações principais da atenção primária: atenção primária seletiva, destinada a populações e regiões pobres às quais se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional; primeiro nível do sistema de serviços de saúde, como “porta de entrada” dos usuários ao sistema de saúde; e atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema, fazendo parte de um sistema integrado de serviços de saúde.

No Brasil, a atenção primária à saúde ou, como se convencionou denominar no SUS, a atenção básica à saúde vem sendo adotada como pilar para a reestruturação dos sistemas de serviços de saúde de forma que esses respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações (Brasil, 1997).

A atenção básica à saúde (ABS) pode ser definida como um conjunto de práticas de atenção, de caráter individual e coletivo, que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Vilasbôas, 2003). Pela sua organização, a ABS se constitui como primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da continuidade, integralidade, acessibilidade, responsabilidade, focalização na família e orientação comunitária (Starfield, 2002).

Inicialmente considerado como mais um programa especial, com organização e gestão verticais, apresentando-se como uma medicina simplificada e focalizada para a população pobre e excluída, o Programa de Saúde da Família (PSF) ganha fôlego e desenvolve-se em certos municípios como uma estratégia que se distancia dos propósitos iniciais, apontando para a humanização da atenção e aproximando-se do modelo de Vigilância à Saúde (Vasconcellos, 1998; Paim, 2002). Assim, a Saúde da Família passa a ser a estratégia proposta pelo MS para reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS que deve passar do enfoque hospitalocêntrico para uma atenção voltada à prevenção e à promoção, com forte valorização da atenção básica, induzindo a participação social, o trabalho com as famílias

em seu território de residência e a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Forgia, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família tem sido colocada em pauta na política de saúde como modelo substitutivo da rede básica tradicional (Brasil, 1997). Atualmente, o Brasil conta com 23.664 equipes de Saúde da Família, o que significa uma cobertura de 42,9%, ou seja, 76.040.405 brasileiros cobertos pela Saúde da Família (Brasil, 2005b). Um grande número de pessoas tem acesso apenas aos serviços tradicionais de atenção básica e por isso é importante também qualificá-los.

Tecnologias no âmbito da atenção básica: o desenvolvimento de protocolos específicos

Entendendo a sociedade na sua dinâmica e constante transformação, concorda-se com Paim (1992) na medida em que se os problemas e necessidades são definidos e redefinidos histórica e socialmente, os meios de trabalho utilizados por cada agente das práticas de saúde devem ser criticamente revistos, assim como as atividades que constituem o trabalho propriamente dito.

Merhy (2002) e Merhy et al (2002) fazem referência a várias dimensões e usos da tecnologia no trabalho em saúde, classificando-a em dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura seria composta pelos equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais; já a tecnologia leve-dura seria caracterizada pelos saberes estruturados que operam no processo de trabalho, como, por exemplo, a clínica e a epidemiologia. As relações, o estabelecimento de vínculo e as práticas de acolhimento são caracterizadas como tecnologia leve ou tecnologia relacional. O espaço da tecnologia leve é o do encontro, serviço de saúde, que se estabelece entre duas pessoas, profissional e usuário, que atuam uma sobre a outra em um contexto de cumplicidade e responsabilização (Merhy, 1998).

As alterações mais significativas da reestruturação produtiva em saúde estão relacionadas às tecnologias não equipamentos, o que é definido pelo autor como o território das tecnologias leves e leve-duras, inscritas no modo de atuação do “trabalho vivo em ato” e que se expressam nos processos relacionais e nas práticas, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las (Merhy, 2002).

Segundo Trezza, se desejarmos ter um sistema de atenção à saúde que conte com uma atenção básica resolutive temos que encarar o problema da incorporação de tecnologia como fundamental para o processo de desenvolvimento de qualidade.

Podemos considerar um protocolo como uma tecnologia cujo objetivo é padronizar e sistematizar a conduta das equipes de saúde, melhorar o atendimento do paciente e diminuir a utilização de serviços desnecessários (Rocha et al, 2004).

No caso específico da asma, há uma crescente utilização de protocolos assistenciais na prática clínica e esses têm gerado benefícios terapêuticos e redução de gastos com a doença (Rocha et al, 2004; McFadden et al, 1995; Sucov et al, 2000).

A humanização na atenção básica à saúde

O termo humanização vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. A revisão sobre esse tema feita por Casate e Corrêa (2005) descreve diferenças significativas no enfoque da humanização presente na produção científica do período compreendido entre as décadas de 50 e 80 e aquele que se apresenta nos trabalhos da última década. No primeiro caso, a humanização é entendida desde a perspectiva da caridade: o paciente é visto como ser vulnerável e dependente, que desperta a piedade dos profissionais de saúde. Características como doçura, compaixão e espírito de caridade são valorizadas na atuação desses profissionais.

Já a concepção de humanização que surge na década de noventa caminha na direção da valorização de sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias (Deslandes, 2004).

Apesar do fato de a humanização aparecer como marco norteador de várias iniciativas de gestores e profissionais de saúde, seu conceito precisa ainda de definições claras, não estando de todo demarcados os seus contornos teóricos e operacionais, sua abrangência e aplicabilidade (Deslandes, 2004).

No âmbito da produção nacional mais recente, percebe-se a tendência de se associar a humanização com uma assistência que valoriza a qualidade técnica e ética do cuidado,

aliada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais (Deslandes, 2004). Emprega-se ainda a noção de humanização para um processo que vai além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente-cliente, apontando para o desenvolvimento da cidadania e participação crítica (Traverso & Morais, 2004).

No âmbito político-institucional, em 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo fundamental era o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais e entre hospital e comunidade, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados por essas instituições (Brasil, 2000b). Analisando os documentos oficiais sobre o PNHAH, Deslandes (2004) encontra princípios que apontam para a democratização das relações que envolvem o atendimento, estímulo ao diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente e ao reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. Em última instância, a autora identifica como um dos principais eixos discursivos dos documentos analisados aquele que vincula a humanização à capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

Buscando dar ao Programa uma perspectiva transversal, em 2004, o MS elaborou a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS - cuja proposta é priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Os princípios que norteiam essa política são: valorização dos sujeitos implicados na produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores, co-responsabilidade na gestão e na atenção à saúde, identificação das necessidades sociais, estímulo à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos, estabelecimento de vínculos solidários e fortalecimento do trabalho multiprofissional e no sentido de equipe (Brasil, 2004).

Reconhece-se que os princípios da humanização figuram entre as diretrizes que norteiam a política de reestruturação da atenção básica nacional e que constituem os pilares das tecnologias das relações: autonomia, acolhimento e vínculo (Trad, 2005).

O princípio da autonomia, sob certas circunstâncias, pode ser contraditório com o princípio da responsabilidade e da defesa do interesse coletivo, já que, significa o direito do indivíduo de tomar decisões livremente e a capacidade de se autogovernar. Entretanto, parece

razoável respeitar o papel ativo dos indivíduos na decisão dos seus “caminhos terapêuticos” e do seu modo de viver a vida (Trad, 2005).

O acolhimento pode ser entendido como uma atitude que está presente nos diferentes momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção, a um componente do fluxograma assistencial ou a um profissional da equipe (Teixeira, 2003). É uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário e que informa sobre a qualidade da recepção das demandas expressa por esse (Franco, Bueno e Merhy, 1999). Os recursos tecnológicos disponíveis devem ser utilizados no sentido de dar uma resposta positiva a essas demandas (Campos, 1997).

O termo vínculo tem origem no vocábulo latino “vinculum” que significa união com características duradouras, implicando assim num estado mental. O que se espera é que o acolhimento viabilize a constituição do vínculo (Zimmerman, 1999). A construção do vínculo traz à tona dois elementos importantes em uma concepção humanizada da atenção em saúde: longitudinalidade e confiança (Trad, 2005).

A longitudinalidade constitui uma das características centrais da atenção básica em saúde e significa “lidar com o crescimento e mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. Para Starfield (2002), isso pode ser conseguido por meio de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes. O termo expressa também o reconhecimento, por parte dos usuários, da disponibilidade de uma fonte segura de atenção, que existe independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde, ou seja, uma fonte com a qual se pode contar e na qual se pode confiar.

Por serem asma e rinite doenças crônicas, a atenção às pessoas com esses problemas pressupõe um acompanhamento a longo prazo. Para o estabelecimento de uma atenção qualificada e resolutiva, a incorporação de tecnologia e o enfoque da humanização do atendimento, nos seus aspectos de acolhimento, vínculo, longitudinalidade e autonomia, são peças fundamentais.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório de natureza qualitativa que, segundo Tobar (2001), é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado.

A metodologia definida inicialmente pretendia abranger coordenadores de programas municipais de asma e profissionais de saúde de vários municípios do País, mas não pode ser levada a cabo por causa do alto índice de recusa dos profissionais em responder os questionários já no primeiro município estudado – Salvador. Assim, optou-se por reduzir o número de participantes e trabalhar com informantes– chave que pudessem contribuir de forma consistente com o estudo. Nessa pesquisa trabalhou-se com dados primários, referentes aos questionários e às entrevistas realizadas com os informantes-chave. Para a descrição do processo de elaboração do protocolo utilizou-se a análise documental e vivencial, já que a autora foi a responsável pela coordenação do processo de elaboração. Os documentos analisados foram as Portarias GM/MS nº 1.394 de 09 de dezembro de 1999 (Brasil, 1999), nº 1.318 de 24 de julho de 2002 (Brasil, 2002) e nº 1.105 de 5 de julho de 2005 (Brasil, 2005c) e as atas das reuniões do grupo de trabalho coordenado pela autora.

Informantes – chave

Os questionários foram aplicados com os seguintes informantes - chave:

- Coordenador do Programa de Asma da Bahia
- Coordenadores do Programa Municipal de Asma de municípios com reconhecido destaque na área, sendo 1 de cada macrorregião do país: Londrina, Belo Horizonte, Brasília e Fortaleza.
- Médicos clínicos, pediatras e enfermeiros da rede de atenção básica de Salvador - Bahia.

Instrumentos da coleta de dados

Foram utilizados questionários auto-aplicáveis para os profissionais de saúde e para os coordenadores estadual e municipais (ANEXOS 2 e 3). Com esses últimos, uma entrevista semi estruturada complementou a coleta de dados (ANEXOS 4 e 5). Essa técnica de coleta

de dados oferece possibilidades para o informante alcançar a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (Triviños, 1987).

O contexto da pesquisa

O município escolhido para desenvolvimento do trabalho com os profissionais de saúde foi Salvador. É a capital do Estado da Bahia e localiza-se na região Nordeste. Possui área de 324,53 Km² e população de 2.631.831 habitantes segundo estimativa IBGE 2004. Encontra-se habilitado na condição de Gestão da Atenção Básica segundo a NOB 01/96 desde 1998 e pretende habilitar-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde conforme a NOAS 01/01. O município está organizado em 12 distritos sanitários: Itapagipe, São Caetano, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Itapuã, Subúrbio Ferroviário, Pau da Lima, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Centro Histórico e Boca do Rio. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em 1998 e hoje conta com 1.492 agentes. O Programa de Saúde da Família foi implantado em 2000 e hoje tem cobertura de 14,3% da população municipal, com 106 equipes, ou seja, 106 médicos e 106 enfermeiras (Brasil, 2005b). A rede básica do município é formada por 129 unidades de saúde, sendo 33 Unidades de Saúde da Família e 96 centros e/ou postos de saúde. Existem 153 médicos clínicos e 210 pediatras trabalhando na rede básica do município. Desses 73 e 88 são servidores municipais, respectivamente.

O Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia – ProAR, iniciado há quase três anos, tem como objetivo coordenar as ações de prevenção da asma brônquica e da rinite alérgica no Estado da Bahia, buscando organizar o fornecimento de medicamentos gratuitos para o alívio dos sintomas com melhoria da qualidade de vida, redução de internações, de atendimentos de emergência e mortalidade. Trata-se de um programa coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia que conta com a participação do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Atualmente o programa conta com 6 centros de referência para pessoas com asma grave em Salvador (Ambulatório Magalhães Neto, Hospital Santa Isabel, Hospital Octávio Mangabeira, Hospital Roberto Santos, Hospital São Jorge e Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira) e 1 em Feira de Santana (Centro de Saúde Especializado) . A meta para os próximos 2 anos é expandir os centros de referência para asma grave em Salvador e outros municípios do estado e promover o

treinamento das equipes da rede básica para a atenção às pessoas com asma leve e moderada e rinite.

O trabalho em campo

Para a entrada em campo houve contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador no intuito de obter consentimento para realização do estudo. Nesse momento, foi solicitado à Coordenação do PACS/PSF do município que indicasse Unidades de Saúde da Família com equipes implantadas há mais de 1 ano e com profissionais participativos que tivessem maior chance de colaborar com o estudo. Foram indicadas 5 unidades: Unidade de Saúde da Família Joanes Centro Oeste com 2 equipes, Unidade de Saúde da Família Joanes Leste com 3 equipes, Unidade de Saúde da Família do Congo com 2 equipes, Unidade de Saúde da Família Beira Mangue com 4 equipes e Unidade de Saúde da Família Alto das Pombas com 4 equipes. Inicialmente foi feita uma visita às Unidades acima referidas e os profissionais foram convidados a participar do estudo. Aqueles que concordaram em participar receberam um exemplar do protocolo, o questionário e o termo de consentimento (ANEXO 6). Posteriormente, os questionários preenchidos e os termos de consentimento assinados foram recolhidos.

Os questionários e termos de consentimento foram também distribuídos durante os I e II Módulos de Treinamento em Asma e Rinite da Bahia, após uma explanação sobre o protocolo e os objetivos do estudo. No I Módulo estavam presentes 37 pessoas e no segundo, 38. Os participantes variavam entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos de postos e centros de saúde de Salvador e de municípios do interior do estado. Estavam presentes também alguns secretários de saúde de municípios do interior ou seus representantes e os convidados que conduziriam o treinamento. Os questionários e termos de consentimentos foram posteriormente recolhidos, conforme combinação prévia com os participantes.

Com os coordenadores, inicialmente foi feito contato por telefone para explicar os objetivos do estudo e convidá-los a participar. O protocolo, o questionário e o termo de consentimento foram enviados por meio eletrônico. As respostas também foram enviadas por meio eletrônico e os consentimentos informados devidamente assinados, por fax. Após

o recebimento dos questionários, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com 2 dos 5 coordenadores para complementar e esclarecer as respostas.

Constatou-se alto índice de recusa por parte dos profissionais em responder o questionário. Fundamentalmente, eles alegavam a sobrecarga de trabalho como motivo para não ter tempo de ler o protocolo. Dos 67 questionários distribuídos entre os profissionais, 34 foram respondidos. Destes, 6 eram de farmacêuticos e 7 de profissionais de municípios do interior do estado: Catu, Barreiras e Utinga. Esses 13 questionários foram excluídos do estudo, porque trabalhou-se apenas com médicos e enfermeiros do município de Salvador. Em relação aos coordenadores, todos os questionários enviados foram respondidos.

QUADRO 1 – SUJEITOS DA PESQUISA

Ator social	Local	Programa
1 Coordenador de Programa Estadual de Asma	<ul style="list-style-type: none"> • Bahia 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica na Bahia (ProAR)
4 Coordenadores de Programas Municipais de Asma	<ul style="list-style-type: none"> • Fortaleza • Belo Horizonte • Londrina • Brasília 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Atenção Integral à Criança Asmática – PROAICA • Criança que Chia • Respira Londrina • Programa de Asma do DF
3 enfermeiras do Programa de Saúde da Família	<p>Salvador</p> <ul style="list-style-type: none"> • USF Joanes Centro Oeste • USF do Congo 	<ul style="list-style-type: none"> • ProAR
6 médicos do Programa de Saúde da Família	<p>Salvador</p> <ul style="list-style-type: none"> • USF do Congo • USF Joanes Centro Oeste • USF Joanes Leste 	<ul style="list-style-type: none"> • ProAR
2 enfermeiras de postos/centros de saúde	<p>Salvador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde Adroaldo Albergaria 	<ul style="list-style-type: none"> • ProAR
10 médicos de postos/centros de saúde	<p>Salvador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde Adroaldo Albergaria • 7º Centro de Saúde • 18º Centro de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • ProAR

Análise dos dados

Adotou-se o método de análise de conteúdo. Triviños (1987), define que este método se constitui num conjunto de técnicas de análise das comunicações entre os homens, com ênfase para as mensagens contidas, que podem ser inferidas a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mesmas.

Procedeu-se à análise, seguindo, de modo geral, as três etapas de organização da análise de conteúdo propostas por Bardin (2004):

- A pré-análise. Fase de seleção e organização do material a ser trabalhado. Compreendeu a definição e seleção dos documentos, elaboração de hipóteses e objetivos.
- Exploração do material ou descrição analítica. Fase em que foram realizados os procedimentos relativos à classificação e categorização do material, buscando sínteses coincidentes ou divergentes de idéia.
- Tratamento dos resultados. Fase da interpretação, quando foi possível, como diz Triviños (1987), “aprofundar a análise, tratando de desvendar o conteúdo latente que eles possuem”.

Categorizamos as respostas referentes aos questionários aplicados aos profissionais e gestores e às entrevistas feitas com esses últimos em grandes blocos:

- Pertinência da implantação do protocolo
- Adequação técnico-científica do protocolo
- Contribuição do protocolo para a humanização das práticas
- Contribuição do protocolo para a integralidade da atenção
- Desafios para implantação/implementação do protocolo
- Pontos fortes e fracos do protocolo

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de elaboração do protocolo

A implementação de um programa de atenção ao asmático na rede do SUS é uma cobrança antiga por parte da sociedade civil organizada, representada aqui pela Sociedade Brasileira de Asmáticos, e das Sociedades Científicas Brasileiras ligadas ao tema. Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM no. 1.394 que constituiu grupo de trabalho, coordenado pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, para propor o Plano Nacional de Controle da Asma (PNCA). O PNCA beneficiaria apenas a população coberta pela Saúde da Família e tinha como objetivo introduzir na rotina do (SUS) um esquema de manejo da asma, visando melhorar a qualidade de vida dos asmáticos e reduzir os custos com asma pela redução do número de atendimentos em serviços de emergência, de hospitalizações, faltas escolares, ausência ao trabalho e pensões e benefícios.

Em 2001, as Sociedades Brasileiras de Pneumologia e Tisiologia, de Alergia e Imunopatologia, de Pediatria e de Clínica Médica publicaram a Carta de Salvador, manifestando ao Ministro da Saúde a necessidade da implantação imediata do PNCA. Mas o plano não foi finalizado nem implantado por falta de recursos financeiros.

Em julho de 2002, o MS publica a Portaria GM no. 1.318 definindo que os medicamentos para tratamento da asma grave fazem parte da lista de medicamentos excepcionais reembolsáveis pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002). Mas ainda se fazia necessário garantir atenção e medicamentos para os casos de asma intermitente, leve e moderada.

Em 2004 houve decisão política de retomar as discussões acerca de um programa de atenção ao asmático no SUS. A primeira reunião aconteceu em março de 2004 e contou com a presença de representantes das Sociedades Brasileiras de Pneumologia, Alergia e Imunopatologia, Pediatria e Sociedade Brasileira de Asmáticos. As áreas do MS presentes foram: Área Técnica de Saúde da Criança, Coordenação Nacional de Endemias, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Média Complexidade e Departamento de Assistência Farmacêutica. Nessa reunião ficou determinado que a coordenação do processo ficaria a cargo do Departamento de Atenção Básica e que o grupo ali presente seria dividido em 2 sub-grupos: um para elaborar um protocolo clínico e outro

para elaborar a proposta de organização dos serviços, de articulação com Estados para apoio à implantação e de capacitação dos profissionais de saúde. Os dois grupos deveriam necessariamente dialogar. Ainda nessa reunião, o representante do Departamento de Assistência Farmacêutica comunicou a decisão do MS de financiar a compra dos medicamentos necessários para o tratamento da asma (intermitente, leve e moderada) para toda a atenção básica do país, não somente para aquela organizada sob a forma de Saúde da Família, e para pessoas de qualquer faixa etária.

É importante salientar que o sub-grupo que elaboraria a proposta de organização dos serviços, de articulação com os Estados e capacitação dos profissionais não conseguiu avançar.

O sub-grupo do protocolo clínico foi coordenado pela autora, integrante da equipe do Departamento de Atenção Básica, e contava com representantes das Sociedades Brasileiras de Pneumologia, Alergia e Imunopatologia, Pediatria, Sociedade Brasileira de Asmáticos, Hospital Hélio Fraga (MS), Área Técnica de Saúde da Criança e Coordenação Geral da Média Complexidade. Na reunião de junho, um representante da Iniciativa ARIA- Rinite Alérgica e seu Impacto na Asma foi incorporado ao grupo e sua participação foi decisiva na proposta de elaborar um protocolo conjunto para asma e rinite.

A elaboração do protocolo, batizado de Linhas de Conduta em Atenção Básica: Asma e Rinite, ocorreu em duas fases. A primeira fase foi a realização de reuniões para obtenção de consenso entre especialistas acerca da atenção às pessoas com asma e rinite: definição, diagnóstico, classificação da gravidade da doença, abordagem educacional, controle ambiental, tratamento farmacológico de manutenção, tratamento da crise aguda de asma, estágios da classificação da asma e rinite que podem ser tratados na atenção básica e situações nas quais o apoio especializado se faz necessário. O meio eletrônico foi amplamente utilizado para comunicação entre a coordenadora do grupo e demais integrantes. Os documentos norteadores das discussões foram o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia; 2002) e Manejo da Rinite Alérgica e seu Impacto na Asma (Bousquet et al, 2002).

Todas as técnicas para obtenção de consenso entre especialistas apresentam vantagens e desvantagens. A técnica ideal seria aquela que, ao mesmo tempo, estimulasse a busca de um consenso genuíno, permitisse uma ampla discussão entre os especialistas, preservasse o anonimato dos participantes e fosse de fácil realização. Provavelmente, nenhuma técnica poderá, na prática, reunir todas essas características. A técnica utilizada foi a do Comitê Tradicional que envolve a discussão aberta sobre um tema determinado entre especialistas selecionados. A sua maior vantagem é a possibilidade de trocas de idéias. Um consenso nascido de um debate rico tende a ser bastante sólido. (Donabedian, 1988).

De forma geral, considera-se que as discussões fluíram bem. Houve momentos de certa tensão entre representantes das diversas sociedades, numa tentativa de impor suas opiniões, mas consideramos positivo o confronto de opiniões divergentes, já que enriquece o debate (Donabedian, 1998).

Em geral, os especialistas têm pouca informação de como funciona o SUS e tendem a propor recomendações que não são exequíveis. Provavelmente isso se dá por causa da formação e da experiência profissional eminentemente no sistema privado. Entretanto, nesse caso, observou-se uma certa preocupação com os recursos humanos e financeiros do SUS. Talvez isso tenha ocorrido pelo fato de alguns dos membros terem participado também daquele grupo de trabalho formado em 1999 ou terem conhecimento do andamento das discussões que acabaram não sendo produtivas.

A segunda fase foi de discussão interna à Coordenação de Gestão da Atenção Básica/ Departamento de Atenção Básica para definir as atribuições da equipe e de cada profissional individualmente, a articulação com a referência especializada, a necessidade da criação de vínculo e de continuidade do tratamento, o estímulo à autonomia e ao autocuidado. Surgiu nesse momento a polêmica de ter ou não no protocolo fluxograma (com definição do que deve constar e que profissional deve fazer a pré- consulta, consulta e pós-consulta) e fichas de atendimento. Após discussão, optou-se por não incluir esses elementos no protocolo, já que poderíamos induzir a um padrão nem sempre o mais adequado à realidade local. Procurou-se não ferir a autonomia dos municípios/unidades de saúde.

O protocolo foi finalizado em dezembro de 2004. Foi feita tiragem inicial de 2.500 exemplares para o lançamento durante a cerimônia de comemoração do dia Mundial da Saúde.

Após o lançamento, foram identificadas algumas falhas técnicas e de português e trechos considerados confusos por vários leitores, participantes do grupo ou não. Esse fato levou o Departamento de Atenção Básica a propor uma revisão antes da sua distribuição para a rede básica de saúde. A revisão foi feita em agosto de 2005, contando com a participação de apenas um representante de cada sociedade científica envolvida e a autora, e o documento revisado não foi publicado até o momento.

A distribuição dos exemplares do protocolo para a rede básica de saúde está prevista para acontecer em abril de 2006, assim como a distribuição dos medicamentos para tratamento da asma e rinite descritos na Portaria GM nº 1.105 de 5 de julho de 2005 (Brasil, 2005c).

A percepção de diferentes atores sociais sobre o protocolo

Por meio dos questionários aplicados aos profissionais e gestores, pudemos compor um perfil dos sujeitos da pesquisa referente à formação profissional: todos os 5 coordenadores são médicos, sendo 2 especialistas em pneumologia clínica, 2 pediatras e 1 pneumologista pediatra. Dos 21 profissionais entrevistados, 5 são enfermeiras, sendo 3 da Saúde da Família e 2 da ABS tradicional. Dos 16 médicos, 5 são médicos clínicos e 1 pediatra trabalhando na Saúde da Família, 2 são pediatras e 8 são clínicos da ABS tradicional.

Conforme descrito na metodologia, categorizamos as respostas referentes aos questionários aplicados aos profissionais e gestores e às entrevistas feitas com esses últimos em grandes temas apresentados e discutidos a seguir:

- Pertinência da implantação do protocolo na atenção básica
- Adequação técnico-científica do protocolo
- Contribuição do protocolo para a humanização das práticas
- Contribuição do protocolo para a integralidade da atenção
- Desafios para implantação/implementação do protocolo
- Pontos fortes e fracos do protocolo

Pertinência da implantação do protocolo na atenção básica

Essa categoria se expressa pelas perguntas: Há necessidade de um protocolo? Ele facilita o trabalho das equipes de saúde da ABS tradicional? Também da Saúde da Família? Todos os profissionais responderam que há necessidade de um protocolo de atenção às pessoas com asma /rinite na atenção básica. 4 coordenadores referiram que o protocolo facilita a realização do trabalho nos centros e postos de saúde. Aparecem na fala de três deles as palavras “sistematização da abordagem”, “atendimento (...) de forma sistematizada”, “uniformização de condutas” como expressão de porque o protocolo facilita o trabalho. São concepções que vão ao encontro do que refere Rocha et al (2004) sobre o objetivo dos protocolos. Um coordenador acha que o protocolo facilita o trabalho apenas em parte, porque:

(...) os profissionais tem dificuldade em aceitar protocolos, linhas ou consensos, principalmente vindos do nível central. Isso porque a política de saúde verticalizada, não consegue enxergar, as realidades local (...) Coord. 4

Quando perguntados se o protocolo facilita o trabalho das equipes da Saúde da Família, dois coordenadores responderam que sim, um respondeu que sim, desde que os profissionais fossem capacitados, um disse que sim, mas que as crianças precisariam ser encaminhadas aos pediatras da rede. Apenas um coordenador respondeu que o protocolo não facilita o trabalho da equipe de Saúde da Família. Segundo esse último coordenador, o protocolo foi feito por especialistas e não por profissionais que atuam nas unidades de Saúde da Família e por isso não atende às necessidades da equipe.

(...) o protocolo carece de planejamento estratégico no que tange ao comprometimento da equipe com a problemática do asmático,(...) o foco principal do protocolo continua sendo a asma e não no asmático, as atribuições da equipe continuam individualizando os profissionais. (...) Não existe diretrizes, metas, (...) É subvalorizada as atribuições dos agentes comunitários de saúde. Não existe fluxograma interno ou externo organizativo e pormenorizado(...). Coord. 4

Adequação técnico-científica do protocolo

Do ponto de vista da adequação técnico-científica, um profissional referiu não saber responder por estar desatualizada, um acha que o protocolo está atualizado, mas:

(...) entendo que esquece valores dos saberes do passado, especialmente no que diz respeito aos aspectos psicossomáticos da Asma e da Rinite (...) Prof 2

Os demais profissionais consideraram o protocolo adequado.

(...) pois segue orientações propostas por um consenso (...) Prof. 18

(...) o protocolo é bem atual, atendendo às necessidades dos profissionais de saúde em um tema bastante importante (...) Prof. 11

Contribuição para a humanização das práticas

A maioria dos profissionais considerou que o protocolo contribui para a humanização das práticas já que sugere o envolvimento de toda a equipe na atenção às pessoas com asma e rinite, recomenda a garantia de informação aos usuários e familiares e valoriza a autonomia dos sujeitos. Entretanto, alguns profissionais referiram que poderia ter sido dada mais ênfase à abordagem educacional e apoio psicológico. Três dos coordenadores municipais referem que o protocolo ajuda na humanização das práticas, já que estabelece a importância do vínculo, do esclarecimento e da educação no controle da asma. Um dos coordenadores refere que não existe preocupação com a humanização. Um coordenador refere que “carece de maior ênfase na atenção à pessoa com asma e rinite”. Percebe-se claramente a polissemia do conceito de humanização. O termo carece ainda de uma definição mais clara, seus contornos teóricos e operacionais não são consensuais (Deslandes, 2004).

(...) Não existe uma preocupação do protocolo em relação ao acolhimento, acesso ou humanização ao tratamento (...) Coord 4

Nas duas falas abaixo observa-se a concepção de humanização como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento (Deslandes, 2004).

(...) Ajuda na medida em que oferece subsídios para orientar a ação dos profissionais de saúde com relação a intervenções possíveis, todavia carece de simplificação adicional e de maior ênfase à pessoa com asma e rinite(...) Coord. 5

(...)Nas USF características como área adscrita, população conhecida, equipe multidisciplinar, acompanhamento sistemático, a humanização muito bem proposta no protocolo é possível(...) Prof. 4

Nas três falas abaixo percebe-se que a humanização é vista como ampliação do processo comunicacional. O desrespeito à palavra, a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo comprometeriam a qualidade do cuidado (Deslandes, 2004)

(...)Poderia contemplar mais informes educativos a serem fornecidos aos pacientes estimulando mais o auto-cuidado e a autonomia(...) Prof. 5

(...) Na perspectiva de humanização achei importante o fato de que os profissionais devem ter o cuidado com o fornecimento de apoio psicológico e com as informações para que o paciente e seus familiares tenham o auto-cuidado além do tratamento farmacológico. O apoio psicológico é muito importante para o paciente asmático pois a auto-estima é muito afetada neste tipo de enfermidade(...). Prof. 6

(...)Real necessidade da capacitação profissional em todos os níveis para a relação humana com a população alvo(...) Prof. 3

Contribuição para a integralidade da atenção

Para a maioria dos profissionais e dos coordenadores, aparece no protocolo uma preocupação com a atenção integral, já que estabelece que é na rede de atenção básica que a maioria dos casos devem ser atendidos, mas esclarece que existem condições que precisam de apoio especializado. Também traz informações do tratamento da crise de asma na unidade básica. Outro aspecto que a maioria refere é a preocupação com a promoção da saúde e prevenção de exacerbações. Alguns profissionais e dois coordenadores referem que o aspecto psico-social é pouco considerado.

Um mesmo profissional faz referências contraditórias quanto à integralidade, revelando também a diversidade de sentidos que ela pode ter. Na primeira frase, integralidade é entendida como a atenção prestada nas diversas etapas do cuidado: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

(...)Evidenciando os aspectos educativos, onde o autocuidado é valorizado, o protocolo apoia-se na interação cuidador-cuidado para enfatizar a promoção e a prevenção a saúde, entendo como o aspecto mais valioso deste protocolo(...) Prof 2

Na frase abaixo a integralidade diz respeito à atenção prestada ao indivíduo visto como ser completo, como um todo, valorizado nos seus aspectos bio-psico-social.

(...)Entendo que o valor da integralidade foi de alguma maneira prejudicada neste protocolo, na medida em que, o valor dos aspectos emocionais na duas doenças propostas (Asma e Rinite), recebeu abordagem pouco significativa para o real significado que ele apresenta nos referidos quadros(...). Prof 2

Já aqui, integralidade refere-se à possibilidade de transitar nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde que seu estado de saúde possa exigir.

(...) Bastante abrangente, pois contempla diversos níveis da atenção ao asmático(...) Prof. 9

(...) Garantir serviços de referência vinculado ao programa e de fácil acesso nos casos da necessidade do apoio especializado (emergência e ambulatório especializado (...) Prof. 20

Desafios para implantação/implementação do protocolo

Todos os sujeitos do estudo referiram como o maior desafio para a implantação/implementação do protocolo, a necessidade de capacitação dos profissionais da

atenção básica. Um coordenador referiu que esse problema ainda é maior nas equipes de Saúde da Família por causa da alta rotatividade dos profissionais. Um dos coordenadores referiu que existe uma resistência muito grande ao uso de medicamentos inalatórios pelos profissionais, principalmente os corticosteróides para crianças. Muitos destacaram ainda a necessidade de sensibilizar os profissionais e fazê-los compreender o porquê da descentralização da atenção às pessoas com asma e rinite. Outros destacaram a importância do convencimento dos gestores estaduais e municipais da magnitude do problema e da necessidade do seu empenho em organizar a rede de referência e do fornecimento de insumos necessários (ex. espaçadores, aparelho para aferição do Peek flow). Outro desafio que surgiu em quase todos os questionários dos profissionais foi o fornecimento de medicação em quantidade adequada e de forma contínua pelo MS para não haver abandono do tratamento por parte dos usuários. Um dos coordenadores chama atenção para a dificuldade dos profissionais em aceitar protocolos e diretrizes, “principalmente vindos do nível central”, como já foi mencionado anteriormente.

(...) Treinamento prévio, reciclagem periódica, medicação e dispositivos disponíveis nas unidades(...) Prof. 5

(...) Considerando que atualmente ainda vivemos uma rotatividade grande dos profissionais do programa de Saúde da Família, imaginamos que a implementação levaria um tempo maior que gostaríamos(...) Coord. 1

*(...) Conscientização dos pediatras do real efeito dos esteróides inalatórios(...)
Convencimento do gestor da problemática e da necessidade de sua adesão ao protocolo(...)
Convencimento das equipes que o médico especialista dá apenas suporte ao médico generalista(...)* Coord. 4

(...) De grande importância se faz a capacitação dos profissionais, para que possam conduzir seus pacientes em suas diversas etapas (...) bem como a disponibilização do acesso à medicação as camadas mais carentes da população, sem que sofra também solução de continuidade (...) Prof. 19

Pontos fortes e fracos do protocolo

Segundo os coordenadores os pontos fortes do protocolo estão no reconhecimento da estreita relação entre asma e rinite e na consideração dessas duas condições como problemas de saúde pública.

(...) no que concerne ao tratamento da rinite alérgica, pois sabemos da estreita relação rinite/asma (...) Coord. 1

(...) O Programa de Asma de... não enfatiza a abordagem da Rinite Alérgica nos pacientes com Asma (...) Coord. 3

Ele avança também na proposta de atenção a todas as pessoas com asma e rinite, independente da idade e da gravidade da doença. No Brasil, até o momento, com exceção de poucos municípios, apenas as pessoas com asma grave podem se beneficiar de tratamento gratuito garantido pelo SUS.

(...) O nosso protocolo abrange apenas o controle da asma grave, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, via programa de medicações excepcionais. O programa de controle da asma e da rinite para a atenção básica complementa o que vem sendo realizado (...) Coord. 5

(...) estamos realizando educação continuada com os profissionais para tentar garantir uma assistência padronizada e qualificada da criança asmática (...) Coord. 1

Outro ponto considerado forte por quase todos os coordenadores e profissionais foi o fato do protocolo avançar na sistematização de condutas e simplificação diagnóstica.

(...) Padronização que leva a facilitação, que leva a resultado que pode levar a eficiência e baixo custo (...) Prof. 21

(...) Padronização de condutas. Prof. 15

(...)Disseminação de conhecimentos, aumento do número de diagnósticos, uniformização das práticas médicas, redução de custos (...) Prof. 10

Profissionais e coordenadores referem que o protocolo não traz uma abordagem educacional nem psico-social consistente.

(...) O guia é estritamente "técnico" no sentido de que valoriza e dá destaque a intervenções para o diagnóstico e tratamento baseados em evidências, mas não insere recomendações sobre o cuidado necessário para com o asmático e sua família na dimensão psico-social (...), Coord 5

(...) Mostrar em um fluxograma de encaminhamentos que o asmático deve receber educação em asma, e que esta educação deve prever diversos pontos, como diferenciar crise de doença, aerossoloterapia com esteroides inalatórios ou broncodilatadores fisioterapia, etc. (...) Coord. 4

(...) Possibilitando a uniformidade, todo protocolo de modo geral esquece as particularidades que cada caso pode trazer, afinal não existem doenças isoladas de doentes e cada ser humano é único, com características individualizadas(...) Prof. 14

Reconhece-se que os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização não foram bem incorporados ao protocolo, deixando a desejar a discussão sobre acolhimento, co-responsabilidade, vínculo e continuidade da atenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

O fato de ser um estudo com uma população pequena leva a limites na sua generalização. Houve grande dificuldade em convencer os profissionais a participarem do estudo por falta de familiaridade desses com o protocolo. O fato de eles precisarem ler o documento antes de responder ao questionário dificultou muito a participação. Entretanto, consideramos que a participação dos quatro coordenadores de programas municipais de asma pioneiros e exitosos trouxe muita contribuição ao estudo.

A implantação/implementação de protocolo para atenção às pessoas com asma e rinite na atenção básica é um avanço inegável para a melhora da qualidade de vida dos que sofrem com essas doenças, entretanto sugere-se a revisão do protocolo contando com a participação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e com representantes de experiências municipais exitosas. Sugere-se em seguida a realização de um estudo piloto com o objetivo de validar o protocolo.

A dificuldade de aderência a determinada diretriz pela equipe de saúde depende de algumas variáveis, destacando-se, dentre as mais frequentes, a falta de familiaridade ou conhecimento detalhado do protocolo, a discordância com os conceitos preconizados pelo documento e o simples desconhecimento da existência do mesmo. Pode-se listar também outros fatores que dificultam a adoção do uso desses protocolos: falta de motivação pessoal, falta de tempo ou recursos para a aplicação do protocolo e, por vezes, até mesmo a resistência dos pacientes em se submeterem a determinadas ações, tanto diagnósticas quanto terapêuticas, previstas em determinado protocolo (Cabana et al, 1999).

Para evitar ou reduzir essa resistência é fundamental que antes da implantação do protocolo haja uma ampla divulgação e capacitação com o objetivo de instruir, familiarizar e motivar os profissionais de saúde com relação à nova rotina.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. 3ª edição, 2004
2. BOUSQUET J; van CAUWENBERGE, P.; KALTHAEV, N. and THE WORKSHOP EXPERT PANNEL. ARIA Workshop Report Executive Summary – Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. *Allergy*, n. 57, p.841-855, 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, 36p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.394**, Constitui Grupo de Trabalho para Propor um Plano Nacional de Controle da Asma. Brasília, Diário Oficial da União 1999; 09 dez.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. *Estatísticas de Mortalidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. 2000b. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília. Mimeo.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.318**, Define grupo de 36 medicamentos excepcionais. Brasília, Diário Oficial da União 2002; 24 de jul.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Asma e rinite: linhas de conduta em atenção básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 40p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 60p.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil. Internações segundo procedimento. Crise asmática: 76500128/76300102. Período 2004 [online]. 2005a. Acessado em 21/10/05. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/piuf.def>
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, em Atuação – competência setembro/2005*. Dados fornecidos diretamente ao pesquisador. Brasília, 2005b.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.105**, Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde. Brasília, Diário Oficial da União 2005c; 05 jul.
13. BUSSE, W. W.; LEMANSKE, R. F. Asthma. *N Engl J Med*, n. 344, p. 350-62, 2001.
14. CABANA M.D., RAND C. S., POVRE N. R. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
15. CAMPOS, M. C. *Acolhimento: uma proposta, um desafio. Análise de uma tendência*. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.
16. DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Volume II. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press, 1988.
17. FRANCO, T.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2): 345- 353, 1999.
18. FORGIA, G. L. Desafios e inovações. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, no II, n. 6, Brasília, dez 2002.

19. MCFADDEN, E. R. JR, ELSANADI, N. Protocol therapy for acute asthma: therapeutic benefits and cost savings. *Am J Med* 1995; 99: 651-61.
20. MENDES, E. V. *A Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
21. MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2 ed., .1999.
22. MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C. R. et al (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.
23. MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E; Onocko, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.
24. MERHY, E.E et al. Em busca das ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy, E.E; Onocko, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150.
25. OMS/Unicef. Cuidados primários de saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.
26. PAIM, J.S. A Redefinição das Práticas de Saúde e a Enfermagem. In: *Associação Brasileira de Enfermagem. Comissão Permanente de Serviço*. Salvador, ABEn, 1992.
27. PAIM, J.S. Organização em Serviços de Saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde. In: PAIM, J.S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS-ISC. 2002. p. 365-348.
28. ROCHA, P. M., FERNANDES, A. K., NOGUEIRA, F. *et al*. Efeito da implantação de

um protocolo assistencial de asma aguda no serviço de emergência de um hospital universitário. *J Bras Pneumol*, mar./abr. 2004, vol.30, no.2, p.94-101.

29. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol*, n. 28, p.171-276, 2002. Supl 1.
30. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.
31. SUCOV, A. VEENEMA, T. G. Implementation of a disease-specific care plan changes clinician behaviors. *Am J Emerg Med* 2000; 18:367-71.
32. TEIXEIRA, C.F. 2004. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Rev. Bras. de Saúde da Família*. Ministério da Saúde. Brasília, 2004, ano V, n. 7, ed. especial, p. 10-23.
33. TEIXEIRA, R. R. Estudo sobre a técnica e a saúde. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
34. THE INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGY IN CHILDHOOD (ISSAC). Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISSAC). *Eur Respir J.*, n.12, p.315-35, 1998.
35. TOBAR, Federico. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para redigir teses e informes de pesquisa*. Federico Tobar e Margot Romano Yalour: Rio de Janeiro: Ed Fiocruz 2001.
36. TRAD, L. A. B. A humanização no encontro com o usuário: reflexões sobre as tecnologias das relações e sobre o binômio necessidade-satisfação. In: DESLANDES,

- S. F. (org.). Humanização dos cuidados em saúde. *Conceitos, dilemas e críticas*. “No prelo”.
37. TREZZA, E. Atenção de primeira linha no final do século XX. O desafio da resolutividade. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.9, p.1-6, agost. 1994.
38. TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à Pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.
39. VASCONCELLOS, M. da P.C. Reflexões sobre Saúde da Família. In: MENDES, E.V.(org.). *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: HUCITEC. 1998, p.155-172.
40. VILASBÔAS, A. L. Q. 2003. *Marco referencial e conceitual da atenção básica e saúde da família no Brasil : notas preliminares*. Brasília, mimeo.
41. VUORI, H. Primary health care in Europe: Problems and solutions. *Community Med*, n. 6, p.221-31, 1984.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health care*. Geneva, WHO, 1978.
43. ZIMERMAN, David E. *Fundamentos Psicanalíticos*: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999, 478p.

ANEXO 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

**Linhas de Conduta em Atenção Básica - ASMA
E RINITE**

Brasília - 2004

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

ASMA

1. DEFINIÇÃO

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

3. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

3.1 ESPIROMETRIA

3.2 PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO

3.3 TESTES ADICIONAIS

4. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

5. TRATAMENTO

5.1 OBJETIVOS DO TRATAMENTO

5.2 PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO

5.3 ABORDAGEM EDUCACIONAL

5.3.1 FATORES DESENCADEANTES E AÇÕES PARA REDUZIR A EXPOSIÇÃO NA ASMA

5.4 CONDUTA TERAPÊUTICA DE ACORDO COM GRAVIDADE

5.5 APOIO ESPECIALIZADO

6. TRATAMENTO DA CRISE

6.1 IDENTIFICAÇÃO DO ASMÁTICO DE RISCO

6.2 EXAMES COMPLEMENTARES

6.3 TRATAMENTO DA CRISE DE ASMA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RINITE

1. DEFINIÇÃO

2. DIAGNÓSTICO

3. CLASSIFICAÇÃO

4. MANEJO

4.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

1. ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE

2. ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

3. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

4. ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

5. ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

6. OUTROS PROFISSIONAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA ASMA

**QUADRO 2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA PESSOA COM ASMA
DE ACORDO COM A GRAVIDADE**

**QUADRO 3 CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM
ADULTOS E CRIANÇAS**

QUADRO 4 INDICAÇÃO DE EXAMES

QUADRO 5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA RINITE

APRESENTAÇÃO

A asma é um problema de saúde pública que afeta parcela significativa da população, principalmente crianças. No Brasil, a prevalência de asma varia de 10 a 20%, dependendo da região e da faixa etária consideradas¹, sendo responsável por cerca 350 mil internações e 2 mil óbitos anualmente, segundo dados do DATASUS referentes ao ano de 2002. A rinite alérgica é a forma mais comum de doença atópica, com prevalência estimada entre 10% e 25% da população geral, freqüentemente coexistindo com a asma².

Esta publicação é parte da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Respiratórias, em construção, sendo o módulo I voltado para asma e rinite. Foi elaborada em parceria com sociedades científicas brasileiras: Pneumologia e Tisiologia, Pediatria, Alergia e Imunopatologia, universidades, profissionais de saúde e Sociedade Brasileira de Asmáticos, tomando como referências o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma – 2002 e o Guia para Manejo da Rinite Alérgica e seu Impacto na Asma – 2002 - Iniciativa ARIA.

Considerando a capilaridade e a importância da Atenção Básica para a organização do sistema de saúde, as ações propostas neste publicação deverão centrar-se nas Unidades Básicas de Saúde, onde as medicações para asma e rinite estarão disponíveis. Assim, o Ministério da Saúde financiará o elenco de medicamentos necessários ao tratamento da asma e da rinite para todo o país.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Respiratórias – módulo Asma e Rinite, além desta publicação, contempla discussões sobre o fortalecimento da atenção integral e resolutive, a garantia da continuidade do cuidado e a educação permanente dos profissionais envolvidos.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

Este documento foi elaborado com a finalidade de orientar a atenção às pessoas com asma e/ou rinite, subsidiando tecnicamente os profissionais da rede de Atenção Básica em Saúde (ABS), disponibilizando-lhes conhecimentos atualizados, de maneira sintética e acessível, que possibilitem tomar condutas com adequada relação custo/benefício.

A ABS é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território-geográfico), considerando a dinamicidade existente neste território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

Pela sua organização, a ABS se constitui como primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

No caso da asma, freqüentemente, nos serviços de saúde é feita uma abordagem restrita ao tratamento sintomático do seu quadro agudo, apresentando, como resultado, internações desnecessárias e morbidade elevada; visitas freqüentes a serviços de urgência; e recorrentes faltas ao trabalho e à escola, com alto custo econômico e social.

Face a esse quadro, o Ministério da Saúde considera que a implementação de ações mais efetivas na atenção às pessoas com asma e rinite na ABS é o pilar para a redução do número de óbitos e internações desnecessárias no país e para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

ASMA

1. DEFINIÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por aumento da reatividade das vias aéreas inferiores (hiper-responsividade brônquica) a uma variedade de estímulos e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. É uma condição multifatorial determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais³⁻⁵.

Na patogenia da asma, estão envolvidas uma variedade de células como os mastócitos, eosinófilos, macrófagos, linfócitos T auxiliares, e mediadores inflamatórios, como a histamina, triptase, leucotrienos, prostaglandinas, dentre outros. Esses mediadores inflamatórios atuam sobre a via aérea e promovem broncoconstrição, secreção de muco, exsudação de plasma e hiper-responsividade da via aérea⁵⁻⁶.

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico da asma deve ser baseado em condições clínicas e/ou funcionais. **Na maioria das vezes, os achados clínicos são suficientes para estabelecer o diagnóstico de asma, não havendo necessidade de confirmação funcional⁷⁻¹⁰.**

São indicativos de asma¹¹:

- Um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito e desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã;
- Sintomas episódicos;
- Melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, antiinflamatórios);
- Diagnósticos alternativos excluídos (insuficiência cardíaca, DPOC, bronquiolite e outros);

Perguntas que devem ser formuladas às pessoas (ou responsáveis) para estabelecer o diagnóstico clínico de asma¹¹:

- Tem ou teve episódios recorrentes de falta de ar (dispnéia)?

- Tem ou teve crises ou episódios recorrentes de chiado no peito (sibilância)?
- Esses episódios foram aliviados com broncodilatador?
- Tem tosse persistente, particularmente à noite ou ao acordar?
- Acorda por tosse ou falta de ar?
- Tem tosse, sibilância ou aperto no peito após exposição a mofo, poeira domiciliar, animais, fumaça de cigarro, perfumes ou após resfriados, riso e/ou choro?

3. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

Quando não for possível a confirmação do diagnóstico apenas pelos achados clínicos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem utilizar o apoio dos profissionais especializados existentes na rede, que poderão solicitar os exames complementares a seguir:

3.1 Espirometria

Estudo da função pulmonar por meio das medidas dos fluxos e volumes gerados nos ciclos respiratórios basais e forçados. Exige a compreensão e colaboração da pessoa submetida ao exame, equipamentos exatos e emprego de técnicas padronizadas aplicadas por profissionais capacitados. Os valores obtidos devem ser comparados a valores previstos adequados para a população avaliada¹².

São indicativos de asma^{7,8,13,14}:

- Obstrução das vias aéreas caracterizada por redução do VEF₁ (volume expiratório forçado no 1º minuto) e da relação VEF₁/CVF (capacidade vital forçada);
- Obstrução ao fluxo aéreo que desaparece ou melhora significativamente após o uso de broncodilatador. Limitação ao fluxo aéreo sem resposta ao broncodilatador em teste isolado não exclui o diagnóstico de asma;
- Variações acima de 20% do VEF₁, espontâneas ou induzidas por tratamento.

3.2 Pico de fluxo expiratório (PFE)

É a medida do fluxo expiratório máximo, obtido com equipamento portátil e expresso em litros por minuto. Tem maior facilidade de execução que a

espirometria, sendo utilizado para diagnóstico, para avaliar a gravidade da crise e acompanhamento da pessoa em tratamento¹¹. Quando houver disponibilidade pode ser realizado nas UBS por profissional capacitado.

O aumento do PFE de 20% nos adultos e de 30% nas crianças, 15 minutos após uso de broncodilatador de ação rápida é indicativo de asma¹⁵.

3.3 Testes adicionais

Em indivíduos sintomáticos com espirometria normal e ausência de reversibilidade demonstrável ao uso de broncodilatador, o diagnóstico pode ser confirmado pela demonstração de hiper-responsividade das vias aéreas com agentes broncoconstritores ou teste de exercício¹⁶⁻¹⁸.

O diagnóstico de alergia deve ser feito através de uma anamnese cuidadosa tentando identificar prováveis alérgenos desencadeadores das crises, que poderão ser confirmados através de provas *in vivo* (testes cutâneos imediatos) ou *in vitro* (determinação de concentração sanguínea de IgE específica)¹¹.

4. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

A asma pode ser classificada quanto à gravidade em intermitente e persistente e esta última em leve, moderada e grave¹¹.

Estima-se que 60% dos casos de asma sejam intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves¹¹.

A avaliação da gravidade da asma pode ser feita pela análise da frequência e intensidade dos sintomas e/ou pela função pulmonar¹⁹ (Quadro 1).

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA ASMA

Classificação	Frequência e Intensidade dos Sintomas		PFE ou espirometria (% previsto)
	Dia	Noite	
Intermitente	<ul style="list-style-type: none"> Menor que 1 x / semana Atividades normais 	<ul style="list-style-type: none"> Menor ou igual a 2 x / mês 	≥ 80%
Persistente leve	<ul style="list-style-type: none"> Maior que 1x / semana, mas não todo dia. Crises podem afetar atividades 	<ul style="list-style-type: none"> Maior que 2x / mês e menor que 1x / semana 	≥ 80%
Persistente moderada	<ul style="list-style-type: none"> Diários Crises podem afetar as atividades 	<ul style="list-style-type: none"> Maior que 1x/semana 	60-80%
Persistente grave	<ul style="list-style-type: none"> Contínuos Atividades limitadas 	<ul style="list-style-type: none"> Freqüentes 	< 60%

Modificado de Global Strategy for Asthma Management and Prevention – GINA, 2003

5. TRATAMENTO

São três os pilares do tratamento da asma: ação educativa para controle da doença, tratamento farmacológico de manutenção e o tratamento da crise (asma aguda)¹¹.

5.1 Objetivos do tratamento da asma¹¹

- Controlar sintomas;
- Prevenir limitação crônica ao fluxo aéreo;
- Permitir atividades normais – trabalho, escola e lazer;
- Manter função pulmonar normal ou a melhor possível;
- Evitar crises, idas à emergência e hospitalizações;
- Reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio;
- Minimizar efeitos adversos da medicação;
- Reduzir o risco de morte.

5.2 Princípios do tratamento de manutenção¹¹

- Todas as pessoas com asma devem receber orientação sobre sua doença e noções de como eliminar ou controlar fatores desencadeantes, especialmente domiciliares e ocupacionais;
- Deve-se iniciar o tratamento de manutenção de acordo com a classificação da gravidade da asma;
- As diferenças entre tratamento broncodilatador sintomático (crise) e tratamento de manutenção regular devem ser enfatizadas;
- Todas as pessoas com asma persistente moderada e grave devem ter um plano de auto-manejo escrito para uso em caso de exacerbações (anexo I);
- Sempre que o controle esperado da asma não for alcançado (anexo II), antes de quaisquer mudanças deve-se considerar a:
 - adesão das pessoas ao tratamento;
 - técnica de uso dos dispositivos inalatórios;
 - presença de fatores desencadeantes e/ou agravantes, como sinusite crônica, refluxo gastroesofágico, exposição a novos alérgenos, distúrbios psicossociais e outros.

5.3 Abordagem educacional

A educação para o auto-cuidado e autonomia é um dos pilares do tratamento da asma, ao lado do tratamento farmacológico. O fornecimento de informações à pessoa com asma e seus familiares e o desenvolvimento de certas habilidades podem melhorar o seu controle e a qualidade de vida¹¹.

Uma conversa clara é necessária para estabelecer uma parceria entre o profissional de saúde e a pessoa com asma e seus familiares para dar a esses uma compreensão básica dos mecanismos da asma e dos objetivos do tratamento. Os pontos a serem esclarecidos são os seguintes: o papel da inflamação e da broncoconstrição; a ação das medicações prescritas, com ênfase nos dois componentes básicos da farmacoterapia – a medicação antiinflamatória para controlar a inflamação crônica das vias aéreas e prevenir as crises e os broncodilatadores de alívio para tratar os episódios de broncoespasmo; o uso correto dos dispositivos inalatórios (anexo III) ; as medidas de controle ambiental para alérgenos e irritantes que pioram a asma; o reconhecimento das crises e as ações para o seu controle²⁰⁻²³.

Os programas educacionais podem ser em grupo ou individuais. Os locais de tratamento da asma devem dispor de material básico para esta finalidade: dispositivos para uso de medicação inalatória , planos de auto-manejo por escrito e amostras de medicação.

5.3.1 Fatores desencadeantes e ações para reduzir a exposição na asma⁹

É importante que os profissionais considerem os hábitos culturais e condições sócio-econômicas das famílias/indivíduos ao abordar estas questões buscando orientá-los quanto à redução de danos.

a) Alérgenos da poeira domiciliar

- Retirar objetos do quarto de dormir que acumulem poeira;
- Lavar as roupas de cama, incluindo cobertores e acolchoados, em água quente; secar a quente ou ao sol;
- Evitar o uso de carpetes/tapetes no quarto de dormir;
- Limpar a casa com pano úmido evitando varrer e usar aspirador.

OBS.: O benefício da utilização de capas impermeáveis de colchões e travesseiros é controverso.

b) Fumaça de cigarro

- Parar de fumar;
- Não ficar em ambientes com fumaça.

c) Animais com pelo

- Remover o animal de casa ou, no mínimo, do quarto de dormir.

d) Mofo

- Reduzir a umidade em casa, deixando as janelas e portas abertas pelo menos uma hora por dia;
- Limpar áreas úmidas freqüentemente.

e) Baratas

- Limpar a casa freqüente e cuidadosamente;
- Utilizar métodos de desinsetização, de preferência aplicando o produto em meio sólido (iscas);
- Não deixar lixo acumulado.

f) Atividades físicas

- Estimular qualquer tipo de atividade física, respeitando as preferências individuais. Na asma induzida por exercícios, sintomas podem ser prevenidos pelo uso do broncodilatador antes do esforço.

g) Medicamentos

- Evitar o uso de β -bloqueadores (propranolol, atenolol, outros)
- Não usar AAS e antiinflamatórios não hormonais se esses medicamentos causarem sintomas de asma.

5.4. Conduta terapêutica de acordo com a gravidade

As pessoas com asma intermitente, persistente leve e persistente moderada devem ser preferencialmente, acompanhadas nas unidades básicas de saúde.

O tratamento farmacológico não reduz a necessidade de ações educativas para diminuir a exposição a fatores agravantes/desencadeantes e para o controle da doença. Essas ações devem ser realizadas em todos os casos de asma.

I - Asma intermitente

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3)¹¹. Nesses pacientes, após o controle da crise, o broncodilatador de ação rápida pode ser usado por via oral apenas quando a medicação por via inalatória não estiver disponível. Salbutamol: 0,15 mg/kg/dose, máximo de 2gm/dose ,via oral, de 8/8 horas por 5 -7 dias ou medicação equivalente (anexo IVA).

II – Asma persistente leve

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3).

Iniciar terapia antiinflamatória de manutenção. A primeira escolha é corticosteróide inalatório: beclometasona 400 – 500mcg/dia em adultos e 200 - 400mcg/dia em crianças ou outro corticosteróide inalatório em doses equivalentes. A budesonida tem aproximadamente a mesma potência clínica da beclometasona, podendo ser utilizada nas mesmas doses acima. Deve-se utilizar a metade da dose referida para a fluticasona, já que sua potência clínica é duas vezes maior que a da beclometasona (anexo IVA)^{*,11,12}.

Os corticosteróides inalatórios são usualmente utilizados duas vezes ao dia¹¹.

III – Asma persistente moderada

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3).

Utilizar corticósteróide inalatório: beclometasona na dose de 800-1200mcg/dia em adultos e 400 – 800 mcg/dia em crianças ou outro

* A deposição pulmonar do corticosteróide inalatório pode variar a depender do propelente e do sistema de inalação.

corticosteróide inalatório em doses equivalentes como a budesonida ou a fluticasona (anexo IVA)¹¹.

Quando disponível, a associação de broncodilatador de ação prolongada por via inalatória com doses médias/baixas de corticosteróides inalatórios deve ser preferida (anexo IVA)¹¹.

IV – Asma grave

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3).

Iniciar a associação de corticosteróide inalatório (beclometasona 1200 – 2000 mcg/dia em adultos e 800 – 1600 mcg/dia em crianças ou outro corticosteróide inalatório em doses equivalentes) a broncodilatador inalatório de ação prolongada (anexo IVA).

Quando necessário, utilizar corticosteróide oral na menor dose possível para controle dos sintomas¹¹.

QUADRO 2 – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA PESSOA COM ASMA DE ACORDO COM A GRAVIDADE

GRAVIDADE	ALÍVIO	MANUTENÇÃO
Intermitente	Broncodilatador de ação rápida	-
Persistente Leve	Broncodilatador de ação rápida	• CI dose baixa
Persistente Moderada	Broncodilatador de ação rápida	• CI dose média/alta + broncodilatador de ação rápida OU • Associação de dose média/baixa de CI com broncodilatador de ação prolongada
Persistente Grave	Broncodilatador de ação rápida	• Associação de CI alta dose com broncodilatador de ação prolongada • Utilizar ou não CO

CI – corticosteróide inalatório

CO – corticosteróide oral

Fonte: Modificado do III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002.

A prescrição de medicamentos alternativos (teofilina, antileucotrieno e outros) é prerrogativa dos centros de referência.

5.5 Apoio especializado

A equipe da ABS deve buscar o apoio de especialista para realização do tratamento da pessoa com asma nas seguintes situações¹¹:

- dúvidas sobre o diagnóstico e manejo;
- provável asma ocupacional;
- asma de difícil controle: asma instável, sintomas contínuos apesar de altas doses de corticosteróide inalatório, necessidade de uso de corticosteróide sistêmico para controle;
- piora da asma na gravidez;
- baixa adesão ao tratamento e problemas psicossociais;
- alta hospitalar recente;
- crises com risco de vida;
- asma classificada como grave;
- sibilância recorrente no lactente.

É importante lembrar que, mesmo quando houver necessidade de um especialista, a equipe da ABS não deve se eximir da responsabilidade do tratamento da pessoa com asma, mantendo o acompanhamento para verificar a adesão ao tratamento e orientando as medidas para reduzir a exposição a fatores agravantes/desencadeantes.

6. TRATAMENTO DA CRISE

6.1 Identificação do asmático de risco

A maioria das crises de asma pode ser tratada na unidade básica de saúde. É preciso identificar os seguintes aspectos que indicam maior risco para as pessoas²⁴:

- Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses
- Uso freqüente de corticosteróide sistêmico
- Crise grave prévia, necessitando intubação
- Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês
- Sofrimentos psicossociais

- Co-morbidades: doença pulmonar, cardiovascular ou psiquiátrica

QUADRO 3 – CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS

ACHADO	INTENSIDADE DA CRISE	
	GRAVE	MODERADA/LEVE
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal
Dispnéia	Intensa	Moderada/leve
Fala	Frases curtas/ monossilábicas Lactente: maior dificuldade alimentar	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações intercostais, subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas ou em declínio (exaustão)	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Intensos ou ausentes com MV diminuído	Presentes
Freqüência Respiratória (FR)*	Aumentada	Normal ou aumentada
Freqüência Cardíaca (FC)**	Aumentada ou diminuída	Normal ou aumentada
Pico de fluxo expiratório (%melhor ou previsto)	< 40%	≥ 40%

* Valor da FR normal :
 2 -12 meses → < 50 ipm
 1 - 5 anos → < 40 ipm
 6 – 8 anos → <30 ipm
 > 8 anos = adulto → < 20 ipm

** Faixa de normalidade da FC
 2 – 12 meses → 80 a 160 bpm
 1 – 2 anos → 80 a 130 bpm
 2 – 6 anos → 75 a 120 bpm
 6 – 12 anos → 70 a 110 bpm
 > 12 anos = adulto → 60 a 100 bpm

FONTES: Modificado do III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma 2002

*,** Guedes HTV, Mendonça DR, Freire MFD MF. Asma Brônquica. In: Silva L, Garcia DE, Mendonça DR, ed. Pronto-

Atendimento em Pediatria. 1. ed., Rio de Janeiro: Médica Científica Ltda, 2000; 135-58.

A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente de todos, indica a classificação da gravidade da crise.

6.2. Exames complementares

Em algumas situações há necessidade de realização de exames complementares à clínica. No quadro 4 estão descritas as indicações para a realização desses exames⁹.

QUADRO 4 – INDICAÇÃO DE EXAMES

Radiografia do tórax	Na primeira crise ou na presença de má resposta terapêutica ou complicações: possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave.
Hemograma	Suspeita de infecção*.
Eletrólitos	Coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diuréticos ou de altas doses de broncodilatador, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides.
Gasometria	Sinais de gravidade, PFE < 30% ou SaO ₂ menor ou igual a 93% após tratamento inicial.

* Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos

6.3 – Tratamento da Crise de Asma na Unidade Básica de Saúde

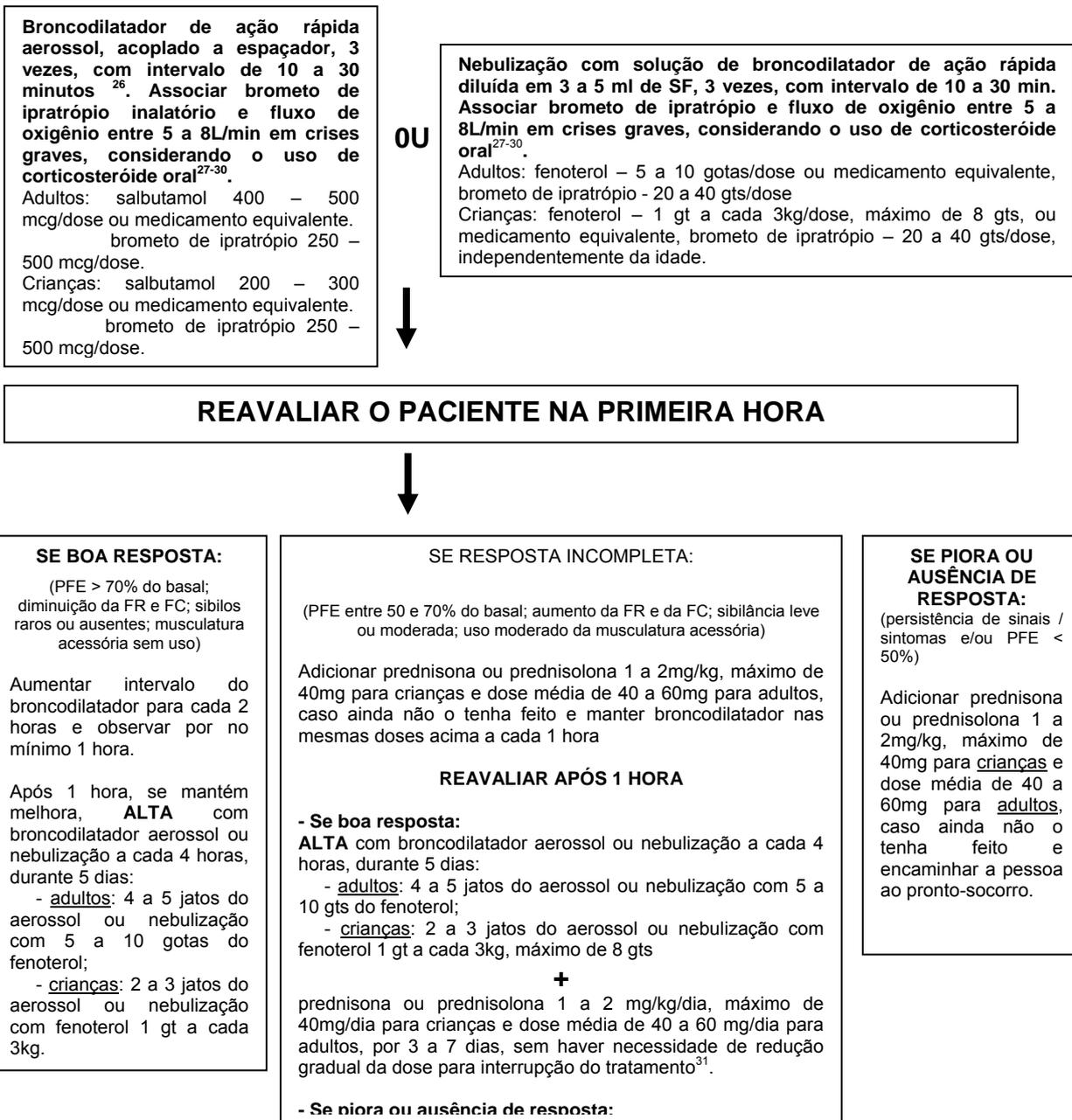
O tratamento da crise deve ser baseado no quadro clínico e, quando possível, na avaliação objetiva da limitação ao fluxo aéreo pela espirometria ou PFE²⁵.

Doses adequadas e repetidas de broncodilatador de ação rápida, por via inalatória, na primeira hora constituem a medida inicial²⁶.

O tratamento da crise grave envolve o uso de oxigênio, de broncodilatador de ação rápida associado ao anticolinérgico e corticosteróide oral²⁷⁻³⁰.

A avaliação da resposta ao tratamento inicial (na primeira hora) é o critério mais útil para determinar o prognóstico com respeito à alta, à necessidade de uso de medicação posterior e ao encaminhamento ao pronto-socorro¹¹.

Algoritmo de Tratamento da Crise de Asma na Unidade Básica de Saúde



RINITE

1.DEFINIÇÃO

Rinite alérgica é definida clinicamente como um transtorno sintomático do nariz, induzido por exposição a alérgenos, com inflamação das membranas nasais mediada por IgE. Rinite e asma freqüentemente coexistem. O alívio da rinite favorece o controle da asma^{2,32}.

Os estudos que avaliaram os aeroalérgenos mais importantes no país indicam que os ácaros da poeira domiciliar são os principais. Entretanto, rinite associada à exposição a pólen de gramíneas e de árvores tem sido observada na Região Sul².

2. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, baseado nos dados de história clínica e exame físico. Os sintomas mais comuns são: rinorréia, obstrução nasal, prurido nasal e espirros. Ao exame físico pode-se encontrar linha de Dennie-Morgan (prega em pálpebras inferiores secundárias ao edema), sulco nasal transversal e hiperemia conjuntival, além de olheiras pela estase venosa. À rinoscopia anterior: cornetos nasais congestos, edemaciados e mucosa de coloração pálida e acinzentada^{2,32}.

3.CLASSIFICAÇÃO

A classificação da rinite alérgica é feita de acordo com a freqüência e a gravidade dos sintomas^{2,32}.

➤ Freqüência e duração dos sintomas

Intermitente	Menor que 4 dias por semana ou Menor que 4 semanas de duração
Persistente	Maior ou igual a 4 dias por semana e Maior que 4 semanas de duração

➤ Gravidade

Leve	- sono normal - atividades normais (esportivas, de recreação, na escola e no trabalho) - sem sintomas incômodos
Moderada a Grave - um ou mais itens	- sono anormal - interferência nas atividades diárias, esportivas e/ou de recreação - dificuldades na escola e no trabalho - sintomas incômodos

4. MANEJO

O manejo da rinite inclui a diminuição da exposição aos alérgenos e irritantes citados no item 5.3.1, educação, tratamento farmacológico (quadro 5) e imunoterapia específica (quando necessária será realizada em serviço especializado) ².

4.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico a ser instituído depende da classificação da rinite. **Na rinite leve intermitente** utiliza-se anti-histamínico H1 oral ². A cetirizina é um anti-histamínico de segunda geração que pode ser usado em crianças (a partir de 1 ano) e adultos. Está sendo recomendado como padrão de anti-histamínico pela sua relação eficácia/segurança favorável, testada em todas as faixas etárias. A sua dose habitual é de 10mg por dia, em dose única, em adultos. Em crianças recomenda-se a dose de 0,25mg/kg duas vezes ao dia, até o máximo de 10mg/dia. A duração do tratamento com anti-histamínicos é a necessária para o controle dos sintomas ³³. Outros anti-histamínicos podem ser utilizados (anexo IVB).

Rinite intermitente moderada a grave: utiliza-se corticosteróide nasal ². A dose recomendada de dipropionato de beclometasona é de 100 a 400mcg por dia, divididos entre as duas narinas e devendo ser administrados a cada 12 ou 24 horas. Esse corticosteróide, bem como a triancinolona e a budesonida, estão aprovados para o tratamento da rinite de crianças com idade igual ou superior a 6 anos. Todavia, a beclometasona e a budesonida são usados para o tratamento da asma em lactentes. A mometasona está liberada para o uso a partir dos 2 anos de idade e a fluticasona a partir dos 4 anos, no tratamento da rinite. O tempo de tratamento depende da gravidade da rinite e da sua duração, devendo ser individualizado. É recomendável o uso de corticosteróide tópico por pelo menos 60 dias, nos casos de rinite persistente moderada a grave. Se necessário, depois de uma semana de tratamento, anti histamínicos H1orais (nas doses acima) e/ou um curso breve de corticosteróide oral (prednisona ou prednisolona 1-2mg/kg/dia dose máxima de 40 mg/dia para crianças e dose média de 40 a 60 mg/dia para adultos durante 3 a 7 dias) poderão ser acrescentados^{2,34}.

Rinite persistente leve: tratamento com anti-histamínico H1 oral (nas doses acima citadas) ou corticosteróide nasal (como citado acima) será suficiente².

Rinite persistente moderada a grave: corticosteróide nasal (nas doses já citadas). Se os sintomas forem muito intensos, acrescentar anti-histamínico H1 oral (como já citado) e/ou corticosteróide oral (nas doses acima) por poucos dias, no início do tratamento².

Não é recomendado o uso de dexametasona em gotas nasais porque este corticosteróide tem alta taxa de absorção mucosa e biodisponibilidade sistêmica, resultando em alto risco de efeitos colaterais. Vasoconstritores tópicos não devem ser usados por mais que 10 dias pelo risco de rinite medicamentosa e “efeito rebote” da sua suspensão resultando em obstrução nasal recorrente. Injeções intra-nasais de corticosteróides devem ser evitadas pelo risco de complicações oculares e paraefeitos sistêmicos. A aplicação intramuscular de corticosteróide de depósito não é recomendável porque contraria princípios básicos da corticoterapia das enfermidades alérgicas: 1) uso da menor dose pelo menor tempo necessário para controlar os sintomas; 2) preferência pelo uso de corticosteróides tópicos para melhorar a relação eficácia/tolerabilidade³⁴.

QUADRO 5 – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA RINITE

GRAVIDADE	TRATAMENTO
Intermitente leve	Anti-histamínico oral
Intermitente moderada/grave *	Corticosteróide nasal
Persistente leve	Anti-histamínico oral ou corticosteróide nasal
Persistente moderada/grave**	Corticosteróide nasal

* Se necessário, depois de uma semana de tratamento, anti-histamínicos H1 orais e/ou corticosteróides orais poderão ser acrescentados por poucos dias.

** Se os sintomas forem muito intensos acrescentar anti-histamínico H1 oral e/ou corticosteróide oral por poucos dias, no início do tratamento.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a atenção às pessoas com asma e/ou rinite esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro.

1- ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE

- ✓ Orientar ações para reduzir a exposição aos fatores agravantes / desencadeantes da asma / rinite considerando os hábitos culturais e condição sócio-econômica;
- ✓ Orientar a pessoa/família quanto ao uso correto dos dispositivos inalatórios;
- ✓ Desenvolver atividades educativas com todas as pessoas da comunidade, e atividades individuais ou em grupo com as pessoas com asma e/ou rinite;
- ✓ Estabelecer forma de comunicação participativa com a pessoa/família;
- ✓ Garantir o acompanhamento contínuo e realizar visita domiciliar, quando necessário.

2- ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

- ✓ Avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico ;
- ✓ Emitir prescrição do tratamento medicamentoso;
- ✓ Solicitar exames complementares, quando necessário;
- ✓ Garantir o acompanhamento contínuo e encaminhamento para referência, quando necessário.

3- ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- ✓ Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando ao médico quando necessário;
- ✓ Supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos ACS;
- ✓ Controlar o estoque de medicamentos e materiais e solicitar reposição;
- ✓ Comunicar a equipe de saúde as alterações observadas.

4- ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- ✓ Acompanhar a evolução dos casos e comunicar a equipe as alterações observadas;
- ✓ Realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais;
- ✓ Identificar sinais de gravidade e proceder conforme rotina estabelecida pela equipe.

5- ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- ✓ Encaminhar à Unidade de Saúde, para avaliação/consulta as pessoas com suspeita de asma e/ou rinite;
- ✓ Identificar sinais de gravidade e proceder conforme rotina estabelecida pela equipe;

6- OUTROS PROFISSIONAIS

A inserção de outros profissionais, especialmente psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos é considerada enriquecedora sendo da gestão local, a decisão de incorporação dos mesmos.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe a implantação de **Núcleos de Saúde Integral (NSI)**, com a finalidade de ampliar o acesso da população às ações de saúde mental, reabilitação e de atividade física e práticas complementares, ampliar a resolubilidade da atenção à saúde, avançar na construção da integralidade da atenção à saúde e avançar nas práticas que corroboram para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do autocuidado.

Os Núcleos estão propostos para os municípios com população maior ou igual a 50 mil habitantes e que possuam pelo menos 10 equipes de Saúde da Família, salvo para os municípios da Amazônia Legal cuja população deve ser maior ou igual a 40 mil habitantes e mínimo de 8 equipes de Saúde da Família.

Os NSI podem ser de três modalidades, a depender das ações desenvolvidas em conjunto com a atenção básica.

1. **Atividade Física e Saúde** – Ações e atividades físicas e práticas corporais que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, redução dos agravos e danos decorrentes das doenças não transmissíveis;
2. **Saúde Mental** – Ações dirigidas a usuários e familiares em situação de risco psicossocial, que propiciem o acesso ao sistema de saúde e a reinserção social, combatendo a discriminação.
3. **Reabilitação** – Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo à discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

Em qualquer uma das modalidades de ação propostas poderão ser incluídas ações no âmbito da **Alimentação e Nutrição e do Serviço Social**. Sugere-se, assim, a inserção de um nutricionista e/ou assistente social desde o início de sua implantação, independente da modalidade escolhida inicialmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISSAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISSAC). *Eur Respir J* 1998; 12:315-35.
2. Bousquet J, van Cauwenberge P, Kalthaev N and The Workshop Expert Panel. ARIA Workshop Report Executive Summary - Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. *Allergy* 2002; 57:841-855.
3. Busse WW, Lemanske RF. Asthma. *N Engl J Med* 2001;344:350-62.
4. Cookson W. The alliance of genes and environment in asthma and allergy. *Nature* 1999;402(Suppl):B5-B11.
5. Kumar RK. Understanding airway wall remodeling in asthma: a basis for improvements in therapy. *Pharmacol Ther* 2001;91:93-104.
6. Barnes PJ, Grunstein MM, Leff AR. Asthma. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997;2183p.
7. NAEP Expert Panel Report II. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. NHLBI Info Center, Bethesda, Maryland, 1997.
8. Siersted HC, Mostgaard G, Hyldebrandt N, Hansen HS, Boldsen J, Oxhoj H. Interrelationship between diagnosed asthma, asthma like symptoms, and abnormal airway behavior in adolescence: the Odense Schoolchild Study. *Thorax* 1996; 51:503-9.
9. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso brasileiro no manejo da asma. *J Pneumol* 1998;4:173-276.
10. The Canadian Asthma Consensus Group (eds). Canadian asthma consensus report. *CMAJ* 1999;161:S1-62.
11. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol* 2002;28 (Supl 1):171-276.
12. National Institutes of Health. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
NIH Pub. Nº 02-3659, abril 2002 , 177pp.
13. Guedes HTV, Mendonça DR, Freire MFD MF. Asma Brônquica. In: Silva L, Garcia DE, Mendonça DR, ed. *Pronto-Atendimento em Pediatria*. 1. ed., Rio de Janeiro: Médica Científica Ltda, 2000; 135-58.
14. American Thoracic Society. Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144:1202-18.

15. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso brasileiro sobre espirometria. *J Pneumol* 1996;22:105-64.
16. Gibson PG, Wlodarczyk J, Hensley MJ, Murree-Allen K, Olson LG, Saltos N. Using qualitycontrol analysis of peak expiratory flow recordings to guide therapy for asthma. *Ann Intern Med* 1995;123:488-92.
17. Cockcroft DW, Killian DN, Mellon JJA, Hargreave FE. Bronchial reactivity to inhaled histamine: a method and clinical survey. *Clin Allergy* 1997;7:235-43.
18. Sterk PJ, Fabbri LM, Quanjer PH, Cockcroft DW, O'Byrne PM, Anderson SD, et al. Airway responsiveness. Standardized challenge testing with pharmacological, physical and sensitizing stimuli in adults. *Eur Respir J* 1993;6(Suppl 16):53-83.
19. Kumar A, Busse WW. Recognizing and controlling exercise-induced asthma. *J Respir Dis* 1995;16:1087-96.
20. Cockcroft DW, Swystum VA. Asthma control versus asthma severity. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:1016-8.
21. Woodcock A, Forster L, Matthews E et al. Control of exposure to mite allergen and allergen-impermeable bed covers for adults with asthma. *N Engl J Med*. 2003;349:225-36.
22. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft TB. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.
23. Boulet LP, Boulet V, Milot J. How should we quantify asthma control? A proposal. *Chest*. 2002;122:2217-23.
24. Members of the Workshops. ARIA in the pharmacy: management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *Allergy*. 2004;59:373-87.
25. Brenner B, Konh MS. The acute asthmatic patient in the ED: to admit or discharge. *Am J Emerg Med* 1998;16:69-75.
26. Gluckman TJ, Corbridge T. Management of respiratory failure in patients with asthma. *Curr Opin Pulm ed* 2000;6:79-85.
27. Rodrigo C, Rodrigo G. Treatment of acute asthma lack of therapeutic benefit and increase of the toxicity from aminophylline given in addition to high doses of salbutamol delivered by metered-dose inhaler with a spacer. *Chest* 1994;106:1071-6.
28. Lin RY, Pesola GR, Bakalchuk L, Morgan JP, Heyl GT, Freyberg CW, et al. Superiority of ipratropium plus albuterol over albuterol alone in the emergency

department management of adult asthma: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med* 1998;31:208-13.

29. Qureshi F, Pestian J, Davis P, Zaritsky A. Effect of nebulized ipratropium on the hospitalization rates of children with asthma. *N Engl J Med* 1998;339:1030-5.
30. Qureshi F, Zaritsky A, Lakkis H. Efficacy of nebulized ipratropium in severely asthmatic children. *Ann Emerg Med* 1997;29:205-11.
31. Stoodley RG, Aaron SD, Dales RE. The role of ipratropium bromide in the emergency management of acute asthma exacerbation: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Ann Emerg Med* 1999;34:8-18.
32. Rowe BH, Spooner CH, Ducharme FM, Bretzlaff JA, Bota GW. Corticosteroids for preventing relapse following acute exacerbation asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2(CD000195).
33. Cruz AA, Rosário NA, Tógias AG. Rinite, Sinusite e Asma – Uma só Doença. IN: Cruz AA. *Asma. Um Grande Desafio*. São Paulo, Ed. Atheneu 2004, p. 1-15.
34. Stevenson J, Cornah D, Evrard P, Vanderheyden V, Billard C, Bax M, Van Hout A; ETAC Study Group. Long-term evaluation of the impact of the h1-receptor antagonist cetirizine on the behavioral, cognitive, and psychomotor development of very young children with atopic dermatitis. *Pediatr Res* 2002; 52:251-7.
35. Bousquet J, Van Cauwenbergue P, Khaltaev N and The Workshop Expert Panel. ARIA Workshop Report. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: S147-334.

ANEXO I

PLANO DE AUTO - MANEJO

Sintomas de asma - O que fazer?

1) Se você tiver um ou mais dos problemas abaixo:

- Gripe ou resfriado
- Chiado ou tosse à noite atrapalhando o sono
- Uso mais freqüente da medicação de alívio

Use _____ (corticosteróide inalatório) na dose de _____ por _____ dias e continue a medicação de alívio para os sintomas.

2) Se você tiver um ou mais dos problemas abaixo, está em crise:

- Incapacidade para realizar as atividades normais
- Dificuldade para andar
- Sono intensamente prejudicado pela asma
- Uso mais freqüente da medicação de alívio

Tome _____ (prednisona ou prednisolona) na dose de _____ imediatamente, use seu broncodilatador na dose usual a intervalos de 30 minutos até 3 vezes e procure a unidade básica de saúde.

ANEXO II

ACOMPANHAMENTO DO CONTROLE ESPERADO DA ASMA

Estas perguntas devem ser feitas à pessoa com asma nas consultas de seguimento com o objetivo de avaliar o controle da doença.

No último mês:

1. A asma prejudicou as atividades no trabalho, na escola ou em casa?
 - A. Nenhuma vez
 - B. Por pouco tempo
 - C. Certa parte do tempo
 - D. A maior parte do tempo
 - E. O tempo todo

2. Como está o controle da sua asma?
 - A. Completamente controlada
 - B. Bem controlada
 - C. Mais ou menos controlada
 - D. Mal controlada
 - E. Totalmente descontrolada

3. Quantas vezes você teve falta de ar?
 - A. Nenhuma vez
 - B. Uma ou duas vezes por semana
 - C. 3 a 6 vezes por semana
 - D. Uma vez por dia
 - E. Mais de uma vez por dia

4. A asma acordou você à noite ou mais cedo do que de costume?
 - A. Nenhuma vez
 - B. Uma ou duas vezes
 - C. Uma vez por semana
 - D. 2 a 3 noites por semana
 - E. 4 ou mais noites por semana

5. Quantas vezes você usou o remédio por inalação para alívio?
 - A. Nenhuma vez
 - B. Uma vez por semana ou menos
 - C. Poucas vezes por semana
 - D. 1 a 2 vezes por dia
 - E. 3 ou mais vezes por dia

6. Função pulmonar- VEF₁ ou PFE (% do previsto ou do melhor valor)
 - A. > 90%

- B. 80-89%
- C. 70-79%
- D. 60-69%
- E. <60%

O controle da asma leve / moderada é obtido quando a pessoa:

- Realiza normalmente atividades no trabalho, na escola ou no domicílio;
- Apresenta sintomas mínimos, ocasionalmente;
- Sente falta de ar menos de 2 vezes por semana;
- Dorme normalmente;
- Usa broncodilatador de alívio 1 vez por semana ou menos;
- Está com a seguinte função pulmonar: VEF1 ou PFE > 80%.

O controle da asma grave é obtido quando a pessoa:

- Na maior parte do tempo, ou o tempo todo, realiza atividades no trabalho, na escola ou no domicílio não prejudicadas;
- As idas ao pronto socorro estão ausentes;
- Dorme normalmente mais de uma vez por semana;
- Não usa broncodilatador de alívio diariamente;
- Está com a seguinte função pulmonar: VEF1 ou PFE > 60%.

Na ausência de controle adequado considerar: a adesão ao tratamento, a técnica de uso dos dispositivos de inalação, a presença de fatores agravantes e/ou desencadeantes (sinusite crônica, refluxo gastroesofágico, exposição a novos alérgenos, distúrbios psicossociais e outros), e a reavaliação do tratamento medicamentoso.

ANEXO III

TÉCNICA DE USO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

1. Aerossol dosimetrado – (spray)

- Retirar a tampa
- Agitar o dispositivo
- Posicionar a saída do bocal verticalmente a 2cm da boca
- Manter a boca aberta
- Expirar normalmente
- Acionar no início da inspiração lenta e profunda
- Fazer pausa pós-inspiratória de no mínimo 10 segundos
- Esperar 15 a 30 segundos para novo acionamento

2. Aerossol dosimetrado (AD) acoplado a espaçador – Pode ser utilizado por qualquer pessoa, mas está especialmente indicado nas crises de asma, para crianças menores e para pessoas que não se adaptam ao uso do AD isoladamente.

- Retirar a tampa do AD e agitá-lo
- Acoplar o AD ao espaçador e posicionar a saída do bocal verticalmente
- Expirar normalmente
- Colocar o bocal do espaçador na boca ou a máscara sobre a boca e o nariz, se criança pequena ou idoso com grande dificuldade de uso
- Acionar o AD e logo em seguida iniciar inspiração lenta e profunda pela boca ou fazer quatro a cinco respirações em volume corrente – idosos, crianças, paciente em crise
- Fazer pausa pós-inspiratória de no mínimo 10 segundos
- Repetir todas as etapas anteriores para cada acionamento do AD

3. Inaladores de pó (IP)

- Preparo da dose:
 - Aerolizer: abrir o bocal e colocar uma cápsula no compartimento, fechar o bocal e em seguida perfurar a cápsula, comprimindo as garras laterais.
 - Turbuhaler: retirar a tampa, manter o IP na vertical, girar a base colorida no sentido anti-horário e depois no sentido horário até escutar um “click”.
 - Diskus: abrir o IP rodando o disco no sentido antihorário, em seguida puxar sua alavanca para trás até escutar um “click”.
 - Pulvinal: retirar a tampa, manter o IP na vertical, apertar o botão marrom com uma mão, girar o IP no sentido anti-horário com a outra mão (aparecerá marca vermelha), em seguida, soltar o botão marrom e girar o IP no sentido horário até escutar um “click” (aparecerá a marca verde).
- Expirar normalmente e colocar o dispositivo na boca

- Inspirar o mais rápido e profundo possível (fluxo mínimo de 30L/min)
- Fazer pausa pós-inspiratória de 10 segundos
- IP de dose única, fazer nova inspiração, mais profunda que a anterior, se restar pó na cápsula.

4. Nebulizadores de jato – Indicados para pessoas que não se adaptam aos dispositivos anteriores

- Diluir o medicamento em 3 a 5ml de soro fisiológico
- Adaptar a máscara à face (boca e nariz)
- Utilizar ar comprimido ou oxigênio a 6L/min ou compressor elétrico
- Respirar em volume corrente

ANEXO IV

A. LISTA DE MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA ASMA

1. Broncodilatadores β_2 -agonistas
 - A. Curta ação :
 - Salbutamol
 - Fenoterol
 - Terbutalina
 - B. Longa ação:
 - Salmeterol
 - Formoterol
2. Broncodilatadores anticolinérgicos
 - A. Brometo de ipratrópio
3. Xantinas:
 - Teofilina
 - Aminofilina
4. Corticosteróides
 - Prednisona
 - Prednisolona
 - Beclometasona
 - Budesonida
 - Flunisolida
 - Triamcinilona
 - Fluticasona
5. Cromonas
 - Cromoglicato
6. Antagonistas dos leucotrienos
 - Montelucaste
 - Zafirlucaste

B. LISTA DE MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA RINITE

1. Anti-histamínicos
 - a. De primeira geração ou sedantes para uso pela via oral:
 - Cetotifeno
 - Clemastina
 - Clorfeniramina
 - Hidroxizina
 - Mequitazina

Oxatomida

Outros

b. De segunda geração ou não sedantes

Acrivastina (uso oral)

Azelastina (uso oral ou tópico)

Cetirizina (uso oral)

Desloratadina (uso oral)

Ebastina (uso oral)

Fexofenadina (uso oral)

Levocarbastina (uso tópico)

Levocetirizina (uso oral)

Loratadina (uso oral)

Mizolastina (uso oral)

Rupatadina (uso oral)

2. Corticosteróides tópicos

Beclometasona

Budesonida

Fluticasona

Flunisolida

Mometasona

Triamcinolona

3. Descongestionantes

a. Orais

Efedrina

Fenilefrina

Pseudoefedrina

b. Tópicos

Adrenalina

Nafazolina

Oximetazolina

Fenilefrina

Tetrahidrozolina

Xilometazolina

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

NOME:

PROFISSÃO:

DATA DE NASCIMENTO:

MUNICÍPIO:

UNIDADE DE SAÚDE:

HÁ SERVIÇO DE URGÊNCIA NA UNIDADE ONDE TRABALHA?

SIM NÃO

EM QUE SERVIÇO DA UNIDADE VOCÊ TRABALHA?

AMBULATÓRIO URGÊNCIA AMBULATÓRIO E URGÊNCIA

OUTROS Especificar:

1. Há necessidade de um protocolo para atendimento de pessoas com asma/rinite?

SIM NÃO

Observações:

2. Este protocolo reflete as inovações tecnológicas e científicas na área?

SIM NÃO

Observações:

3. Seu conteúdo é claro e pertinente?

SIM NÃO

Observações:

4. É de fácil operacionalização?

SIM NÃO

Observações:

5. Pode ser padronizado para o conjunto das unidades de atenção básica?

SIM NÃO

Observações:

6. Que condições seriam necessárias para sua correta utilização?

7. Quais as principais vantagens do protocolo?
8. Quais as principais desvantagens?
9. Como avaliaria o protocolo desde a perspectiva da humanização?
10. Como avaliaria o protocolo do ponto de vista de promoção e prevenção?
11. Como avaliaria o protocolo do ponto de vista da integralidade?

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS COORDENADORES

NOME:

PROFISSÃO:

MUNICÍPIO ONDE COORDENA O PROGRAMA DE ASMA:

- 1.O protocolo facilita o trabalho desenvolvido pelos profissionais inseridos na AB organizada de forma tradicional?
- 2.Também por meio da estratégia Saúde da Família?
- 3.Como você vê o protocolo em relação à humanização?
- 4.Haveria dificuldades para implementação do protocolo nas unidades básicas?
- 5.Haveria facilidades?
- 6.Comparando o protocolo utilizado no seu município com este do Ministério da Saúde percebe avanços?(no caso de possuir protocolo próprio)

ANEXO 4

Entrevista complementar realizada com o Coordenador 5

1. Quando perguntado como vê o protocolo em relação à humanização você respondeu: "Ajuda na medida em que oferece subsídios para orientar a ação dos profissionais de saúde com relação a intervenções possíveis, todavia carece de simplificação adicional e de maior ênfase na atenção à pessoa com asma e rinite."

Você acha que o protocolo deve ser ainda mais simplificado e resumido? Por quê? O que você quer dizer com carece de maior ênfase na atenção à pessoa com asma e rinite?

2. Quando perguntado se haveria facilidades para implementação, você respondeu: "A principal facilidade a ser explorada é o interesse que as sociedades de pneumologia, alergia, pediatria e Associação Brasileira de Asmáticos têm demonstrado em colaborar. Entretanto, estas sociedades não raro revelam antagonismos. Se não houver uma forte liderança oficial no processo, de preferência oriunda do MS, há riscos de rutura."

Por quê você considera esse interesse em colaborar a principal facilidade? Como seria essa colaboração? Quais são esses antagonismos que as sociedades revelam? Explique melhor esse risco de rutura. Rutura de que?

3. Gostaria de colocar alguma coisa que não foi perguntado?

ANEXO 5

Entrevista complementar realizada com Coordenador 4

1. Com referência a sua resposta à pergunta : “O protocolo facilita o trabalho desenvolvido pelos profissionais inseridos na ABS organizada de forma tradicional? “, você não acha que informações/ esclarecimentos sobre utilização da aerossoloterapia deve fazer parte da capacitação dos profissionais e o protocolo deve mesmo ser algo sintético e de fácil consulta? Será que detalhar o protocolo a ponto de definir fluxogramas de encaminhamentos não é desconhecer a grande diversidade de realidades do nosso país?

2. Com relação à segunda pergunta, explique melhor as suas seguintes afirmações:

- “As atribuições da equipe continuam individualizando os profissionais, não em suas competências específicas, mas sim na divisão de trabalho e atuação em uma parte do todo.”

- “É subvalorizada a atribuição dos ACS.”

3. Quando perguntado se haveria dificuldades para implementação você respondeu: " Sim. Exceto se houvesse uma facilitação desta implementação através de um treinamento direcionado as equipes de saúde da família, explicação e conscientização do que são os dispositivos inalatórios e porque de seu uso. Conscientização dos pediatras do real efeito dos esteroides inalatórios, explicação de como funciona a espirometria, em que consistem os PEEK FLOWS, e fornecimento dos mesmos às secretarias de saúde. Convencimento do gestor da problemática e da necessidade de sua adesão ao protocolo. Disponibilização de pneumologista pela secretarias de saúde e de fisioterapia respiratória e o convencimento das equipes de que o medico especialista da apenas suporte ao medico generalista. Coisas que o protocolo não aborda e que certamente se constituem em problemas logo no inicio da implantação do protocolo."

Você não acha que conscientização dos pediatras do real efeito dos esteróides, fornecimento de Peek Flow, disonibilização de pneumologista pela secretaria, etc.são questões que devem estar presentes na capacitação e discussões de organização dos serviços e não num documento escrito que deve ser usado para consulta pelo profissional? E que cada município vai ter sua forma de se organizar e isso significa respeito à autonomia dos municípios?

4. Gostaria de colocar alguma coisa que não foi perguntada?

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:

“PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES SOCIAIS

SOBRE O PROTOCOLO PARA ASMA E RINITE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”

Eu, Celina Márcia Passos de Cerqueira e Silva, aluna do mestrado profissional em Gestão de Sistemas de Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde (MS) e executado pelo Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, estou realizando uma pesquisa cujo objetivo é identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atenção às pessoas com asma e rinite elaborado pelo MS. Essa pesquisa será realizada por meio de entrevistas com profissionais de saúde da atenção básica e coordenadores de programas municipais de asma.

A participação do(a) senhor(a) será ler o referido protocolo e responder a algumas perguntas sobre ele. Gostaria de esclarecer que o fato de responder às perguntas não implica qualquer risco para o(a) senhor(a) e que a presente investigação compromete-se com a confidencialidade e respeito à privacidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, ou seja, as informações a serem coletadas serão utilizadas apenas para os objetivos acadêmicos propostos neste estudo, resguardando a individualidade e identidade das pessoas. O(a) senhor(a) tem total liberdade de solicitar a sua exclusão do estudo a qualquer momento. A sua assinatura significa consentimento para participação no estudo.

Salvador, ____/____/____

Participante

Pesquisador