

ARTIGO CIENTÍFICO

Impacto do programa de atenção integral à criança com asma em Unidade de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Impact of comprehensive care program for children with asthma in Health Unit in the City of Fortaleza, Ceará

Joelma Aurélio Sousa

Bacharel em Medicina, Centro de Formação de Professores/Universidade Federal de Campina Grande (CFP/UFPG), joelmaurelio@hotmail.com

Rayani Oliveira Maciel

Bacharel em Medicina, Centro de Formação de Professores/Universidade Federal de Campina Grande (CFP/UFPG),

Eliane de Sousa Leite

Doutora em Enfermagem, servidora técnica do CFP/UFPG, elianeleitesousa@yahoo.com.br

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Pós-doutorado em ciências da saúde, CFP/UFPG, carmo.andrade@ufcg.edu.br

Edivânia Maria Leite da Silva

Especialista em administração, Fundação Getúlio Vargas, edivaniamaria.leite@gmail.com

Aline Carla de Medeiros

Doutoranda em Engenharia de processos-PPGEP-UFPG-Campina Grande-E-mail:alinecarla.edu@gmail.com

Resumo: Nas últimas décadas, a asma tornou-se um importante problema de saúde pública, visto o significativo crescimento da prevalência e da mortalidade dessa doença. Desde 1996, as entidades médicas e governamentais promoveram a criação de consensos sobre o assunto com o objetivo de programar medidas para melhorar a assistência médica e reduzir a morbimortalidade dessa enfermidade. Objetivou-se avaliar a melhora clínica dos pacientes e correlacioná-la à adesão ao tratamento medicamentoso e/ou ambiental. Foi realizado estudo documental retrospectivo descritivo analítico, com dados coletados em prontuários de pacientes que participaram do PROAICA na Unidade de Saúde Lineu Jucá, em Fortaleza-Ceará, no período de 2009 a 2014. Esses dados foram armazenados e processados usando o programa Epi Info 7.0. Observou-se melhora clínica dos pacientes após o início da participação no programa, assim como melhora na classificação de gravidade da asma quando se compara a primeira à última consulta médica. Houve aumento de 28,06% nos pacientes classificados como intermitente, redução de 20,15% dos casos persistentes leves e diminuição de 10,79% nos classificados como persistente moderado. No entanto, ocorreu um aumento de 2,88% de pacientes graves. Verificou-se melhora na classificação de controle clínico nos pacientes com classificação parcialmente controlada e não controlada. Os dados analisados mostram a importância do programa e sua colaboração para o controle da asma, facilitando a melhor visualização das dificuldades ainda encontradas em sua implementação de modo a promover possíveis mudanças para garantir um melhor atendimento e maior efetividade do PROAICA.

Palavras-chave: Asma; Doenças crônicas; PROAICA

Abstract: Introduction: In recent decades, asthma has become an important public health problem, since the significant growth of the prevalence and mortality of the disease. Since 1996, medical and governmental entities promoted consensus-building on this subject with the aim of program measures to improve health care and reduce the morbidity and mortality from this disease. Objectives: to evaluate the clinical improvement of patients and correlate it to the adherence to drug treatment and / or environmental. Method: descriptive retrospective documentary Study, with data collected in medical records of patients who participated in the PROAICA in Lineu Jucá health unit, in Fortaleza-Ceará, in the period from 2009 to 2014. These data were stored and processed using the Epi Info program 7.0. Patients' clinical improvement Occurred after the beginning of participation in the program, as well as improvement in asthma severity rating when comparing the first to the last medical consultation. There was an increase of 28.06% in patients classified as intermittent, 20.15% reduction of persistent cases light and decreased 10.79% classified as persistent moderate. However, there was an increase of 2.88% of patients. There was improvement in the clinical control in patients with partially controlled and uncontrolled classification. The parsed data show the importance of the program and their collaboration for the control of asthma, making it the best viewing of the difficulties still encountered in its implementation in order to promote possible changes to ensure a better service and greater effectiveness of the PROAICA.

Keywords: Asthma; Chronic diseases; PROAICA

Recebido em 04/06/2016

Aprovado em: 26/10/2016



INTRODUÇÃO

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns, sendo considerada um problema mundial de saúde que acomete aproximadamente 300 milhões de indivíduos mundialmente, e projeta-se um possível incremento de mais de 100 milhões de casos dessa enfermidade em 2025 (GINA, 2010). Estima-se que existam aproximadamente 20 milhões de asmáticos no Brasil, se for considerada uma prevalência global de 10% (SOLÉ et al., 2006).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SUS), em 2000, ocorreram 397.333 internações hospitalares por asma no Brasil, correspondente à terceira causa de internações, considerando as etiologias da lista de morbidades do CID-10, e a segunda posição entre as internações por doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2015a).

Em 2014, houve 116.101 internações hospitalares por asma no Brasil, considerando todas as faixas etárias, ocupando a quarta colocação entre as doenças do aparelho respiratório. Isso corresponde a uma redução de 70,78% das internações hospitalares por asma nos últimos 14 anos (BRASIL, 2015b).

Segundo os dados do Ministério da Saúde foram gastos cerca 70.444.903 reais com internações por asma no ano 2000, dos quais 39% desta quantia foi destinada ao Nordeste, região que em 2014 deteve 41% dos 39.579.746 reais gastos com as referidas internações. Pode-se observar uma redução de quase 44% dos recursos gastos com a asma ao decorrer de 14 anos. Em ambas as situações, a faixa etária que englobou o maior numerador foi a correspondente ao intervalo entre 1 e 4 anos. Essa redução nos dispêndios ocasionados pela asma pode ter sido facilitada pelo surgimento de programas de controle e tratamento da asma em diversas regiões do Brasil (BRASIL, 2015a, b, c).

No tocante ao número de óbitos, em 2000, a asma foi responsável por 2.20 mortes por 100.000 habitantes, sendo a quarta causa entre as doenças do aparelho respiratório, considerando a lista de etiologias da CID-BR-10. Quando comparada ao valor de 2.04 mortes por 100.000 habitantes, no ano de 2013, permanecendo como a quarta causa de morte entre as doenças respiratórias, mesmo com a redução de 7,3% dos óbitos entre os anos demonstrados (BRASIL, 2015d). Segundo Amaral et al. (2012), a política de implantação de medidas que objetivavam o controle da asma surgiu em 1996, com o I Consenso Brasileiro de Educação em Asma, em um contexto de aumento da prevalência e das internações por essa enfermidade.

Desde então, programas surgiram em diversas cidades brasileiras, na tentativa de alcançar os objetivos sugeridos por esse consenso, por exemplo: reduzir a mortalidade, promover educação em saúde aos pacientes e familiares, criar programas de atualização sobre o manejo da asma para os profissionais, reorganizar a assistência dispensada à criança asmática, disponibilizar medicamentos para o controle das exacerbações e tratamento de manutenção (SOUZA; MARCH, 2010).

Na cidade de Fortaleza, em 1996, o Programa de Atenção Integral à Criança com asma (PROAICA) foi criado com os objetivos baseados no consenso

supracitado. Inicialmente, foi implantado em quatro serviços médicos, sendo posteriormente expandido. Segundo Castro (2002), desde o início do PROAICA até 2002 foram atendidas 1557 crianças com asma e as mesmas apresentaram melhora significativa.

Diante do exposto, é extremamente importante conhecer os benefícios dessa ferramenta de saúde para que seja possível programar mudanças, se necessárias, e ampliar o acesso da população a esse serviço, promovendo redução da mortalidade, da frequência de internações hospitalares e do absenteísmo escolar, possibilitando o adequado desenvolvimento para a idade.

Assim, objetivou-se avaliar o impacto do PROAICA, na Unidade de Saúde Lineu Jucá em Fortaleza-Ceará, no período de 2009 a 2014, identificando a melhora clínica nos pacientes que participaram do referido programa, no período em análise; e verificando a relação da melhora clínica com a adesão ao tratamento medicamentoso e/ou ambiental nesses pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, do tipo descritivo analítico, fundamentado em pesquisa com dados coletados de prontuários de pacientes que participaram do programa de atenção integral à criança com asma (PROAICA), na Unidade de Saúde Lineu Jucá em Fortaleza - Ceará, no período de 2009 a 2014.

O PROAICA na Unidade Básica de Saúde Lineu Jucá é realizado brilhantemente pela equipe multiprofissional desse serviço de saúde. Essa Unidade é responsável pela Regional I, assistindo 29.000 indivíduos, numa área com diversos problemas de infraestrutura e sociais. O PROAICA foi instituído, nesse serviço, em 2002, promovendo assistência a crianças e adolescentes que antes não tinham acesso a um atendimento médico continuado e a medicamentos gratuitos para asma.

Esse estudo foi realizado por meio da avaliação de prontuários de pacientes que participaram do PROAICA, preenchendo um roteiro estruturado, com base nas informações contidas nos prontuários, os quais são compostos por um questionário padrão utilizado pelo programa. Nesse período investigado foram atendidos 254 pacientes, sendo 238 na faixa etária de 3 a 18 anos, dos quais foram incluídos 61,34% (n =146) no estudo dados dos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Estar na faixa etária de 3 a 18 anos, ser asmático, residir no território de abrangência da UBS Lineu Jucá; Ter realizado pelo menos duas consultas no PROAICA.

Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma (2012), apesar da alta frequência de sibilância nos dois primeiros anos de vida, a maioria não desenvolverá asma. Além disso, segundo GINA (2010), o diagnóstico laboratorial da asma por meio da espirometria nos primeiros cinco anos de vida é dificultado pela falta de colaboração da criança. Logo, nestas faixas etárias iniciais deve-se realizar acompanhamento clínico para observação da persistência ou não das crises de sibilância. Desse modo, a faixa etária considerada como critério para composição da amostra desse estudo foi de crianças e adolescentes de 3 a 18 anos.

Foram considerados os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Inicialmente, foi solicitada à Coordenação da Unidade Básica de Saúde a autorização para acesso aos prontuários dos pacientes. Após essa autorização, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa de seres humanos da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, aprovado em 04/12/2015, sob CAAE: 51653315.9.0000.5575.

As informações foram coletadas a partir dos dados consolidados nos prontuários referentes ao período do estudo. As seguintes informações foram analisadas: Critérios que indiquem melhora clínica: comparação do grau da asma na primeira e última consulta, avaliando se houve melhora do mesmo; avaliação da redução da frequência das crises; maior tolerância aos exercícios físicos; diminuição das faltas escolares; a redução das consultas em emergência e das hospitalizações, por essa enfermidade. Informações sobre adesão ao Tratamento medicamentoso e/ou ambiental. Além de correlacionar a melhora clínica, avaliada pelos critérios citados acima, com a maior adesão ao tratamento medicamentoso e ambiental após o início da participação no programa, através de dados presentes nos prontuários que questionam ao paciente se houve ou não essa maior adesão.

Os resultados foram armazenados e analisados usando o programa Epi Info 7.0. As variáveis categóricas

foram descritas segundo seus valores absolutos e percentuais, representadas por tabelas, analisados pela estatística descritiva. Após a análise dos dados foi possível avaliar a eficácia do programa, além das possíveis dificuldades e soluções para as mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

No período de 2009 a 2014, duzentos e cinquenta e quatro pacientes com idade de 1 a 21 anos participaram do Programa de Atenção Integral à Criança com Asma (PROAICA) na Unidade de Saúde Lineu Jucá em Fortaleza. Desses, cento e quarenta e seis pacientes estavam em conformidade com os critérios da pesquisa.

Da amostra investigada 55,48% (n=81) pacientes eram do sexo masculino e 44,52% (n=65) do sexo feminino. A faixa etária de maior prevalência de atendimento no PROAICA foi de 3 a 6 anos 36,99% (n=54/146). A menor prevalência de atendimento ocorreu na faixa etária de 15 a 18 anos 13,01% (n=19/146) (Tabela 1). Esses dados sugerem uma diminuição da frequência das crises de asma com o aumento da idade, estando em concordância com o estudo de Solé et al. (2008), os quais postulam que a prevalência média de asma foi de 24,3% (oscilando de 16,5 a 31,2%) para crianças e de 19,0% (oscilando de 11,8 a 30,5%) para adolescentes, sem relação com o nível socioeconômico.

Tabela 1. Predominância de atendimento no PROAICA e sexo, de acordo com a faixa etária em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Variáveis	3 a 6 anos	7 a 10 anos	11 a 14 anos	15 a 18 anos
Atendimento no PROAICA	54 (36,99%)	43(29,45%)	30 (20,55%)	19 (13,01%)
Sexo Feminino	24 (44,44%)	14 (32,56%)	16 (53,33%)	11(57,9%)
Sexo Masculino	30 (55,56%)	29 (67,44%)	14 (46,67%)	8 (42,4%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme dados da Tabela 1 ocorreu predominância do sexo masculino nas faixas etárias de 3 a 6 anos e de 7 a 10 anos, respectivamente, 55,55% e 67,44%. Nas faixas etárias de 11 a 14 anos (53,33%) e de 15 a 18 anos (57,9%), predominaram o sexo feminino. Esses dados estão em consonância com a literatura, pois tem sido relatado que a asma é cerca de 25-70% mais comum em meninos, comparado com meninas em idade inferior a 15 anos, enquanto após a puberdade, essa diferença de gêneros é invertida (POSTMA, 2007).

De acordo com Cassol et al. (2005), a asma tende a persistir na adolescência e vida adulta no sexo feminino devido as diferenças hormonais. Entretanto, recentemente, pesquisas demonstraram um aumento na prevalência de asma no sexo feminino, ocorrendo uma tendência a equalização na taxa de acometimento entre os sexos, embora ainda haja uma preponderância no diagnóstico de asma no sexo masculino, fato este que levanta a hipótese de subdiagnóstico em meninas, já que nos meninos o

aparecimento dos sintomas ocorre mais precocemente e tem uma maior duração (DUGGAN et al., 2012).

Avaliação Clínica

Com relação à melhora clínica, segundo informações contidas nos prontuários, a classificação de gravidade da asma na primeira consulta era constituída por 21,58% (n=30) de pacientes com asma intermitente, 43,89% (n=61) com persistente leve, 25,18% (n=35) com persistente moderada e 9,35% (n=13) com persistente grave. A amostra foi composta por cento e trinta e nove pacientes, já que o grau da asma não foi informado em sete prontuários. Conforme a Tabela 2, todos os pacientes classificados como intermitente foram classificados como controlado, os persistentes leve foram considerados parcialmente controlados e os persistente moderado e grave foram definidos como não controlado.

Tabela 2. Classificação da asma conforme gravidade e controle clínico em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

	Controlada n (%)	Parcialmente Controlada n (%)	Não Controlada n (%)
Intermitente	30 (100%)	0	0
Persistente Leve	0	63(100%)	0
Persistente Moderada	0	0	37(100%)
Persistente Grave	0	0	13(100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Na última consulta, 49,64% (n=69) foram classificados como asma intermitente, 23,74% (n=33) como persistente leve, 14,39% (n=20) como persistente moderada e 12,23% (n=17) como persistente grave (Tabela 3). Desse modo, houve aumento de 28,06% de pacientes classificados como intermitente e redução de

20,15% e 10,79%, respectivamente, nos classificados como persistente leve e moderado. Esses dados mostram a efetividade do programa na redução da gravidade da asma, pois houve um aumento dos pacientes classificados com asma menos intensa.

Tabela 3. Classificação de gravidade da asma, durante as consultas realizadas em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Consulta	Intermitente	Persistente Leve	Persistente Moderada	Persistente Grave
Primeira	30 (21.58%)	61 (43.89%)	35 (25.18%)	13 (9,35%)
Última	69 (49.64%)	33 (23.74%)	20 (14.39%)	17 (12,23%)

Fonte: Dados da pesquisa

No entanto, ocorreu um aumento de 2,88% de pacientes graves, opondo-se ao esperado. Desses 82,35% (n=14/17) apresentou piora da adesão ao tratamento medicamentoso, mesmo após o início da participação no programa, e 64,7% (n= 11/17) não informaram sobre adesão as medidas ambientais (Dados não demonstrados em tabela). Logo, é importante, a verificação dos motivos que justificam a não adesão aos tratamentos, dentre eles observar se as medicações são acessíveis aos pacientes. Além da realização de atividades que reforcem a adesão ao tratamento medicamentoso e ambiental.

Referente ao nível de controle clínico na primeira consulta, 22,53% (n=32) dos participantes do PROAICA tiveram a asma classificada como controlada, 42,96%

(n=61) como parcialmente controlada e 34,51% (n=49) como não controlada. Sendo a amostra composta por cento e quarenta e dois pacientes, pois não havia informações sobre a classificação em quatro prontuários. Na última consulta, essa classificação foi composta por 49,3% (n=70) de pacientes com asma controlada, 23,24% (n=33) com asma parcialmente controlada e 27,46% (n=39) com asma não controlada (Tabela 4). Portanto, houve um aumento de 26,77% de pacientes com asma controlada e redução de 19,72% e 7,05%, respectivamente, nos pacientes com classificação parcialmente controlada e não controlada. Desse modo, houve melhora no controle da asma após o início da participação no PROAICA.

Tabela 4. Classificação de Controle da asma conforme a consulta realizada em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Consulta	Controlada	Parcialmente Controlada	Não Controlada
Primeira	32 (22.53%)	61 (42.96%)	49 (34.51%)
Última	70 (49.3%)	33 (23.24%)	39 (27.46%)

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda referente à melhora clínica, existem outros critérios que foram avaliados nessa pesquisa, como a redução da frequência das crises, pois que 71,23% (n=104) pacientes referiram melhora na frequência das crises após iniciar a participação no programa, 25,34% (n=37) relataram piora e 3,43% (n=5) não forneceram essa

informação (Tabela 5). Comparativamente, segundo Cerci Neto (2007), em pesquisa realizada para avaliar o PROAICA, houve redução de 88,6% no número e intensidade das crises após o início da participação no programa.

Tabela 5. Avaliação da frequência das crises de asma em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Melhor n (%)	Pior n (%)	Não Informado n (%)
104 (71.23%)	37 (25.34%)	5 (3.43%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Houve maior tolerância aos exercícios físicos em 71,92% (n=105) dos pacientes, e menor tolerância em 25,34% (n=37). Esse dado não foi informado em 2,74% (n=4) dos prontuários (Tabela 6). A tolerância aos exercícios físicos é utilizada pelas diretrizes de asma como um critério de melhora clínica. Porém, é importante lembrar da importância da prática de atividade física pelos

pacientes asmáticos. Segundo Gualdi (2004), apesar da atividade física poder desencadear crises de broncoespasmos, ela promove grandes benefícios aos asmáticos, dentre eles melhora a função pulmonar, garantindo maior capacidade do órgão para superar as crises obstrutivas.

Tabela 6. Avaliação conforme a tolerância aos exercícios e frequência das faltas escolares, durante o acompanhamento no PROAICA em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Avaliação	Maior n(%)	Menor n(%)	Não Informado n(%)
Tolerância aos exercícios	105 (71.92%)	37 (25.34%)	4 (2.74%)
Frequência das faltas escolares	35 (23.97%)	106 (72.6%)	5 (3.43%)

Fonte: Dados da pesquisa

Além disso, as faltas escolares tornaram-se menos frequentes em 72,6% (n=106) dos asmáticos após o início do programa (Tabela 6). Segundo Bosi e Reis (2000), a asma gera aspectos limitadores na qualidade de vida da criança, dentre eles na vida escolar, já que além das faltas escolares justificadas pelas crises asmáticas, algumas vezes a excessiva preocupação com a saúde da criança pelos familiares corrobora para o absentismo

escolar sem restrições. Desse modo, o PROAICA tem colaborado efetivamente com a melhora da qualidade de vida dos pacientes participantes. Com relação ao atendimento médico durante as crises, 23,28% (n=34) pacientes foram em emergências, destes, 8,82% (n=3) foram submetidos à internação hospitalar (Tabela 7). Do total da amostra (n=146), considera-se 2,06% (n=3) de hospitalização dos participantes do programa.

Tabela 7. Consulta em emergências e necessidade de internações hospitalares nas crises em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

	Sim n(%)	Não n(%)	Não Informado n(%)
Atendimento em Emergência	34 (23,29%)	109 (74,66%)	3 (2.05%)
Hospitalização	3 (2,06%)	138 (94,52%)	5 (3,42%)

Fonte: Dados da pesquisa

Desse modo, um número significativo de crianças procurou atendimento médico em emergências, mas desses apenas 3 pacientes tinham maior gravidade, necessitando de internação hospitalar. Logo, deve-se continuar orientando as mães a levar as crianças em unidades de pronto atendimento durante as crises, com o objetivo de controlá-las e reduzir a gravidade das mesmas. Nos prontuários, não havia informações sobre o

atendimento médico e hospitalizações anteriormente ao início da participação no PROAICA, mas apenas existiam esses dados referentes após a participação no mesmo, por isso não foi possível avaliar se houve redução dos atendimentos e hospitalizações nas crises asmáticas. No tocante ao tratamento medicamentoso, 62,33% (n=91) usavam beta agonista de curta ação e corticoide inalatório (Tabela 8).

Tabela 8. Tratamento medicamentoso realizado pelos pacientes (Classe terapêutica) em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

MEDICAÇÕES	n	%
B2 Curta	11	7,53
Corticoide Inalatório (CI)	33	22,6
B2 Curta +CI	91	62,33
B2 Curta +CI+ Corticoide Oral (CO)	7	4,8
Nenhuma medicação	2	1,37
Não informado	2	1,37

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma (2012), a escolha da terapêutica que deve ser utilizada nos pacientes asmáticos depende do grau da asma referente ao controle clínico. Desse modo, esses dados isoladamente não possibilitam maiores conclusões, sendo necessário correlacioná-los ao nível de controle clínico da asma de cada paciente. Na Tabela 9, são especificadas as drogas de cada classe medicamentosa utilizada pelos pacientes do programa. A

Tabela 10 registra a relação entre as classes medicamentosas utilizadas pelos pacientes e os níveis de controle clínico da asma na última consulta.

Tabela 9. Medicações usadas pelos pacientes do PROAICA em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

MEDICAÇÕES	n	%
Salbutamol	11	7,53
Beclometasona	31	21,23
Budesonida	2	1,37
Beclometasona; Salbutamol	90	61,64
Beclometasona; Fenoterol	1	0,69
Beclometasona; Salbutamol; Prednisolona	7	4,8
Nenhuma medicação	2	1,37
Não informado	2	1,37

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 10. Uso de medicações e controle clínico na última consulta em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Medicação/controle	B2 ação rápida	CI	CI + B2 ação rápida	CI + B2 ação rápida + CO	Nenhuma Medicação	Não Informado
Controlada	5(7,14%)	22(31,43%)	39(55,71%)	2(2,86%)	2(2,86%)	0(0%)
Parcialmente Controlada	4(12,12%)	4(12,12%)	22(66,67%)	3(9,09%)	0(0%)	0(0%)
Não Controlada	2(4,88%)	5 (12,20%)	30(73,17%)	2(4,88%)	0(0%)	2(4,88%)
Não Informada	0(0%)	2(100%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma (2012), o tratamento medicamentoso deve ser determinado baseando-se em etapas, sendo indicada progressão das mesmas, com troca da medicação, se não houver melhora clínica. Desse modo, na primeira etapa deve-se prescrever beta agonista de curta ação. Caso não haja melhora dos sintomas, progride-se para a segunda etapa sendo associado o corticoide inalatório. Na terceira etapa, deve-se associar o beta agonista de ação prolongada, em casos que não houver melhora, progride-se para a quarta etapa, utilizando-se as mesmas medicações da anterior, porém em dose maiores. Na última etapa, deve-se utilizar as drogas anteriores e associa-las ao corticoide oral, sendo esse um medicamento reservado para casos mais graves devido aos seus intensos efeitos colaterais.

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma (2012), também considera a classificação de controle clínico como determinante das mudanças no tratamento medicamentoso. Nos pacientes classificados como controlados deve-se continuar o tratamento medicamentoso e identificar a menor dose para manter o controle, nos parcialmente controlado, deve-se aumentar a dose das medicações para atingir o controle, e nos não controlado, progredir as medicações conforme as etapas, objetivando conseguir o controle.

Nessa pesquisa 61,33% (n=91/146) dos pacientes fazem uso de beta agonista de curta ação associado ao corticoide inalatório, que corresponde à segunda etapa do tratamento. No entanto, apenas 42,86% (n=39/91) apresentam asma controlada, sendo necessário progredir as etapas do tratamento nos considerados parcialmente controlados e não controlados. Nesses casos, devem-se aumentar as doses das medicações utilizadas e, quando essa medida não for suficiente, é indicado associar beta agonista de ação prolongada. Essa última medicação é importante para o controle da asma, porém nenhum dos pacientes participantes do programa faz uso da mesma.

Além disso, o corticoide oral utilizado por 2,86% (n=2/70) e 9,09% (n=3/33) dos pacientes classificados, respectivamente, como controlado e parcialmente controlado, deve ser reduzido a dose progressivamente, até obter a suspensão do mesmo, pois essa droga apresenta graves efeitos colaterais, principalmente quando utilizada na infância por períodos prolongados.

Os pacientes relataram maior adesão ao tratamento medicamentoso em 62,33% (n=91). Além disso, 91,21% (n=83) daqueles que referiram maior adesão ao tratamento afirmaram menor frequência de crises asmáticas (Tabela 11). Isso confirma a importância do tratamento farmacológico para o controle da doença.

Tabela 11. Adesão medicamentosa e frequência das crises em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

	Adesão ao Tratamento Medicamentoso		
	Maior	Menor	Não Informado
Melhora das Crises	83 (91,21%)	20 (40%)	1 (20%)
Piora das Crises	8 (8,79%)	28 (56%)	1 (20%)
Não Informado	0 (0%)	2 (4%)	3 (60%)

Fonte: Dados da pesquisa.

O adequado manejo da asma exige a realização do controle ambiental, que consiste na redução da exposição a alérgenos domiciliares, particularmente à poeira doméstica (EGGLESTON, 2003).

Nessa pesquisa, 8,9% (n=13) dos pacientes referiram realizar controle ambiental e 28,77% (n=42) negaram a realização do mesmo. Nos prontuários de 91 pacientes (62,33%) não havia essa informação (Tabela 12).

Tabela 12. Avaliação conforme a adesão ao controle ambiental, durante o acompanhamento no PROAICA em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Avaliação	Maior n(%)	Menor n(%)	Não Informado n(%)
Adesão ao controle ambiental	13 (8.9%)	42 (28.77%)	91 (62.33%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com isso, fica explícita a necessidade de discussão com os profissionais de saúde sobre a importância do controle ambiental, das orientações que devem ser dadas aos pacientes e dos registros das informações sobre esse assunto nos prontuários. Diversos

estudos documentam a correlação entre asma e rinite alérgica. Segundo Bousquet et al. (2001), estima-se que 60% a 78% dos pacientes com asma também apresentam rinite alérgica. Desse modo, percebe-se que essas duas doenças estão sendo progressivamente entendidas como

condições estritamente relacionadas e que representam uma inflamação contínua das vias aéreas superiores e inferiores, uma vez que, na avaliação do PROAICA,

76,71% (n=112) dos pacientes referiram ter também rinite alérgica, em conformidade com a literatura. (Tabela 13)

Tabela 13. Avaliação da incidência de Rinite Alérgica, durante o acompanhamento no PROAICA em Unidade Básica de Saúde na Cidade de Fortaleza, Ceará

Avaliação	Sim n(%)	Não n(%)	Não Informado n(%)
Rinite Alérgica	112 (76.71%)	24 (16.44%)	10 (6.85%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Outra informação importante foi referente às frequências das consultas, 41,1% (n=60/146) dos pacientes realizaram a última consulta há mais de um ano. Essa informação é preocupante, sendo importante reforçar a busca ativa desses pacientes por meio de visitas domiciliares e atividades em grupo que envolva a comunidade. A Coordenação da Unidade de Saúde afirmou que uma das justificativas para esses abandonos de acompanhamento foi a reforma realizada no posto, que o impediu de funcionar durante alguns meses, descontinuando as atividades do programa. Além disso, afirmaram que a área de abrangência desse serviço de saúde é considerada de risco, de modo que, devido à violência, alguns pacientes são privados de se deslocarem e consequentemente de participar do programa.

CONCLUSÕES

Nos pacientes atendidos pelo PROAICA constatou-se melhora na classificação de gravidade e de controle clínico da asma, da frequência das crises e do absenteísmo escolar, após o início da participação no programa. Além de maior tolerância aos exercícios físicos e adesão ao tratamento medicamentoso, este último influenciou diretamente a redução das crises.

Não foi possível avaliar se houve redução do atendimento em emergências e hospitalizações nas crises, pois existiam informações referentes apenas a última consulta.

Com relação ao controle ambiental, não havia relatos do mesmo na maioria dos prontuários e, naqueles que o registro existia, grande parte dos pacientes não realizava esse controle.

Nota-se a importância do programa PROAICA e sua colaboração efetiva para o controle da asma, além de conhecermos as dificuldades podendo ser elencadas possíveis mudanças para garantir um melhor atendimento e maior efetividade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. M.; PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G. Evolução das políticas públicas e programas de controle da asma no Brasil sob a perspectiva dos consensos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 38, n. 4, jul/ago. 2012.

BOSI, D. R.; REIS, A. O. A. A criança asmática na família: estudo de uma representação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.10, n.2, p.60-76, 2000.

BOUSQUET, J.; VAN CAUWENBERGE, P.; KHALTAEV, N. Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol.*, v.108, n.5, p.147-334, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: Internações Hospitalares por asma por faixa etária entre 2000 e 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: 9 set. 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: Internações Hospitalares por asma por faixa etária entre 2007 e 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 9 set. 2015b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: Internações Hospitalares por todas etiologias da lista do CID 10 no Brasil entre 2008 e 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 9 set. 2015c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: Óbitos por residência por doenças do aparelho respiratório (CID-BR-10) no Brasil no período de 2000 a 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10.uf.def>>. Acesso em: 9 set. 2015d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: Valor total gasto com asma por faixa etária segundo região no período de janeiro a dezembro de 2000. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: 9 set. 2015e.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: Valor total gasto com asma por faixa etária segundo região no período de janeiro a dezembro de 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 9 set. 2015f.

CASSOL, V. E.; SOLÉ, D.; MENNA-BARRETO, S. S.; TECHE, S. P.; RIZZATO, T. M.; MALDONADO, M.; CENTENARO, D. F.; MORAES, E. Z. C. Prevalência de asma em adolescentes urbanos de Santa Maria (RS). Projeto ISAAC-International Study of asthma and allergies in childhood. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v.31, n. 3, p. 191-196, 2005.

- CASTRO, P. B. PROAICA: Conheça e incorpore essa ideia. Revista de Pediatria do Ceará, Fortaleza, v. 3, n.2, mai/ago. 2002.
- CERCI NETO, A. Asma em Saúde Pública. São Paulo: Manole, 1ª Ed., 2007. 299 p.
- DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília, v. 38, suplemento 1, p.1-46, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.jornaldepneumologia.com.br>>. Acesso em: 9 set. 2015.
- DUGGAN, E. M. STURLEY, J.; FITZGERALD, A. P.; PERRY, I. J.; HOURIHANE, J. O. The 2002–2007 trends of prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in Irish schoolchildren. *Pediatr Allergy Immunol.*, v.23, p.464-471, 2012.
- EGGLESTON, P. A. Control of environmental allergens as a therapeutic approach. *Immunol Allergy Clin North Am*, v.23, n.3, p.533-547, aug. 2003.
- GINA, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Bethesda: Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2010. Disponível em: http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2010.pdf acesso em: 14. Out. 2016.
- GUALDI, F. R. Asma e os benefícios da atividade física. Revista Digital, ano 10, n.72, maio. 2004. Disponível em <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 02 jan. 2016.
- POSTMA, D. S. Gender differences in asthma development and progression. *Gend Med.* 2007;4 p.133-46.
- SOLÉ, D.; WANDALSEN, G. F.; CAMELO-NUNES I. C.; NASPITZ, C. K.; ISAAC - Brazilian Group. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) - Phase 3. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(5):341-6
- SOUZA, A. M. V.; MARCH, M. F. P. Política sanitária para asma no Brasil. Rio de Janeiro: SOPERJ, 2010.