



Aproximando a Atenção Especializada da Atenção Primária à Saúde: em busca do cuidado integral ao paciente com asma no Brasil

Aligning Specialized Care with Primary Health Care: in search of comprehensive care for asthma patients in Brazil

Luane Marques Mello¹, Álvaro Augusto Cruz²

RESUMO

A ocorrência de doenças alérgicas e asma ainda cresce em muitos países. Dados mostram que aproximadamente um quarto dos habitantes de países industrializados apresenta algum tipo de alergia, e nos países em desenvolvimento estas doenças podem alcançar proporções ainda maiores da população. No Brasil, embora não exista até o momento uma agenda política nacional de atenção à saúde dos pacientes com alergias e asma, iniciativas individuais em diferentes regiões têm beneficiado milhares de pacientes ao longo das últimas décadas. Estes programas têm como principais objetivos qualificar o cuidado em saúde, melhorar a qualidade de vida (especialmente dos pacientes com asma e rinite alérgica) e reduzir os indicadores de morbimortalidade relacionados às doenças. Com essa finalidade, os programas vêm se ocupando de diversas ações de educação em saúde, capacitação profissional, busca ativa para garantir diagnóstico e tratamento oportuno, e proporcionar acesso a medicamentos de forma gratuita e continuada. Entretanto, a falta de um caráter institucional que garanta o acesso universal a ações cientificamente fundamentadas, impede a equidade e a continuidade do cuidado, além de dificultar a atenção integral em asma e em outras doenças alérgicas.

Descritores: Asma, atenção primária à saúde, atenção à saúde, assistência integral à saúde, alergia e imunologia.

ABSTRACT

Allergic diseases and asthma are on the rise in many countries. Data show that approximately 25% of the inhabitants of industrialized countries have some type of allergy, reaching even greater proportions in developing countries. Although a national health care agenda for patients with allergies and asthma has not yet been developed in Brazil, individual initiatives in different regions have benefited thousands of patients in recent decades. The main objectives of these programs are to improve health care, quality of life (especially for patients with asthma and allergic rhinitis), and reduce disease-related morbidity and mortality indicators. To this end, these programs have been engaged in health education actions, professional training, performing active searches to ensure timely diagnosis and treatment, and providing free and continuous access to medication. However, the due to the non-institutional character of these programs, universal access, evidence-based actions, and continuity of care are not guaranteed, and it is difficult to provide comprehensive care for asthma and other allergic diseases.

Keywords: Asthma, primary health care, health care levels, comprehensive health care, allergy and immunology.

1. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social - Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Fundação ProAR, Programa de Controle da Asma na Bahia - Salvador, BA, Brasil.

Caso clínico ilustrativo

Um rapaz de 29 anos comparece à Unidade de Saúde da Família (USF) solicitando uma consulta porque tem asma e a “bombinha” que usa não funciona mais. Informa que sua família se mudou recentemente para aquela área e gostaria de se tratar ali porque não pode pagar por atendimento particular. Relata que onde morava anteriormente não tem nenhuma USF, e por isso nunca fez acompanhamento de saúde. Durante a consulta, o paciente referiu asma desde a infância, mas o diagnóstico só foi confirmado aos 18 anos. Sempre que apresentava os sintomas procurava a Unidade de Pronto Atendimento (PA) e era medicado com aerossol para alívio e, às vezes, recebia uma prescrição de corticosteroide oral para casa. Nunca realizou testes de alergia, mas por ocasião do diagnóstico chegou a fazer raios-x de tórax e espirometria, com resultados normais. Negou interações anteriores por asma, porém já chegou a ficar um dia inteiro no PA, sendo medicado e aguardando melhorar. Relata que sempre usou salbutamol para aliviar os sintomas, 1 a 2 vezes ao mês, mas tem notado piora progressiva no último ano, com necessidade de mais medicamento para ficar bem por apenas algumas horas. Há cerca de 15 dias a tosse e o chiado no peito pioraram, passando a precisar de salbutamol 2 vezes ao dia, ou mais. Está se sentindo mais cansado para realizar as suas atividades diárias e acordou à noite por conta dos sintomas duas vezes neste período. Relata ainda que nestas duas semanas não conseguiu jogar futebol com os amigos, como faz toda a semana.

No momento da consulta, o paciente apresentava-se ansioso, mas em bom estado geral, afebril, levemente taquipneico (FR = 28 irpm), FC = 96 bpm, PA 128/89 mmHg, sem tiragem intercostal ou outros sinais de esforço respiratório, com sibilância difusa, sem dificuldade para falar. Realizou a medida do pico de fluxo expiratório que mostrou redução de 30% em relação aos valores previstos, considerando sua altura e idade. Referiu ter usado 2 jatos do salbutamol há menos de 2 horas.

Ao final da avaliação clínica, o médico confirmou se tratar de asma não controlada e não tratada. Prescreveu corticosteroide oral por 7 dias e orientou o salbutamol de horário. Elaborou uma estratégia de tratamento anti-inflamatório contínuo com beclometasona *spray* (tendo como propelente o hidrofluoralcano - HFA), mantendo o salbutamol para alívio dos sintomas, e um plano de resgate para os períodos de piora ou exacerbações dos sintomas. O médico tam-

bém achou importante avaliar a função pulmonar e a sensibilização alérgica do paciente. Para isto, precisou encaminhar o paciente para a atenção secundária, onde os exames seriam solicitados e realizados. Preencheu uma guia de referência onde descreveu o quadro do paciente e justificou o motivo do encaminhamento. Agendou reavaliação clínica em 7 dias. Ao final da consulta, antes de se despedir, informou ao paciente que a partir daquele momento seriam agendadas visitas regulares para acompanhamento do seu quadro e que a unidade estaria aberta caso apresentasse qualquer problema adicional.

Sobre o caso

O caso traz a história de um jovem com asma, usuário do sistema público de saúde brasileiro e a abordagem de sua queixa em uma USF próxima ao seu local de moradia, ponto preferencial de acesso aos serviços de saúde (primeiro contato, territorialização e regionalização dos serviços). Não estava em tratamento porque no bairro onde morava não havia USF (baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família - ESF). Como não podia pagar por serviços particulares, nunca fez tratamento de controle da doença (acesso prejudicado), frequentando apenas os serviços de urgência nos períodos de exacerbação dos sintomas (cuidado fragmentado). Procurou a USF presente na área de sua nova moradia, suas queixas foram avaliadas e foi orientado a aguardar pelo atendimento (universalidade, acolhimento com classificação de risco).

Durante a consulta médica, o diagnóstico clínico e o controle dos sintomas foram avaliados, e iniciado o tratamento anti-inflamatório, otimizando o manejo do paciente. Optou-se por beclometasona e salbutamol porque, em nível local, estes são os medicamentos disponíveis gratuitamente para a população acompanhada na Atenção Primária à Saúde (APS). Os documentos da *Global Initiative for Asthma* (GINA), que tratam das diretrizes para o manejo dos pacientes com asma, em sua atualização de 2021, destacam os benefícios do uso dos corticosteroides inalados (ICS) e dos riscos do uso isolado dos *short-acting β_2 -agonists* (SABA), inclusive recomendando a opção da combinação ICS-formoterol como medicamentos de resgate, mesmo nos quadros de asma leve. Entretanto, ressaltam a possibilidade de adaptação das recomendações para as realidades locais, especialmente quanto à disponibilidade dos medicamentos para a população¹, e foi assim que o médico da

unidade procedeu. Outros corticosteroides inalados e broncodilatadores de ação prolongada estão disponíveis no sistema público de saúde brasileiro apenas para pacientes em seguimento na atenção especializada (fazem parte do componente especializado da Assistência Farmacêutica no SUS). Uma nova publicação da Iniciativa Global contra a Asma, dirigida especificamente para a atenção primária à saúde e de acesso livre, acaba de ser disponibilizada².

Além disto, o jovem paciente foi encaminhado para as especialidades de Alergia e Pneumologia para realização de exames específicos (hierarquização e integralidade do cuidado) porque alguns exames especializados não estão disponíveis para a APS no Brasil.

Ao final do atendimento, o jovem recebeu o plano escrito orientando como proceder em caso de exacerbações. A partir daquele momento seria acompanhado por todas as suas necessidades em saúde naquela unidade (adscrição e longitudinalidade do cuidado), inclusive a reavaliação do quadro atual após 7 dias do início dos medicamentos prescritos. Embora seja um relato de caso individual, representa a realidade de milhares de pacientes com asma e outras alergias no Brasil, que têm seu diagnóstico tardio, cuidado fragmentado e aguardam por uma agenda nacional que lhes garanta atenção integral e universal à saúde onde eles estiverem.

Atenção integral à saúde no Brasil

Durante muitos anos, o acesso aos serviços públicos de assistência à saúde no país era garantido apenas às pessoas que possuíam vínculo trabalhista formal. Para o restante da população a assistência médica acontecia mediante desembolso direto do valor cobrado pelos serviços de saúde particulares ou de forma caritativa, em instituições beneficentes³.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1989, serviços e ações curativas, de recuperação, de promoção de saúde e prevenção de agravos passaram a ser disponibilizados indistintamente à população, para atender às necessidades em saúde de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado³ (Tabela 1).

Nas últimas décadas, os indicadores de morbimortalidade observados no país modificaram-se substancialmente. Alguns autores atribuem este fenômeno às melhorias nas condições de vida, na qualidade da assistência à saúde e à mudança ace-

lerada no perfil demográfico da população nas últimas décadas. Atualmente, o país vive a sobreposição de eventos epidemiológicos, uma situação complexa caracterizada por:

- metas de controle e redução das doenças infecciosas, da desnutrição e dos problemas ligados à saúde reprodutiva não alcançadas;
- aumento das mortes por causas externas;
- aumento concomitante das principais doenças crônicas e de seus fatores de riscos (tabagismo, o sobrepeso e a obesidade, sedentarismo, o estresse e a alimentação inadequada), gerando uma sobreposição complexa de eventos⁴.

Para lidar com esta tripla carga de doenças, a APS foi definida como o modelo assistencial de saúde no país, e a ESF ficou com a responsabilidade de estruturar a prática da APS no sistema público de saúde, seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵.

Para que os princípios da regionalização e da integralidade do cuidado fossem atendidos, definiu-se que os diferentes componentes do sistema de saúde deveriam ser reorganizados segundo o modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Neste modelo, os profissionais de saúde e pacientes, atuam e transitam, respectivamente, por uma rede poliárquica de serviços tendo como coordenadora a APS/ESF, para onde os pacientes deverão retornar para um seguimento continuado e longitudinal⁶.

Cuidado integral em asma

O Brasil não possui, até o presente momento, uma política nacional voltada especificamente para o enfrentamento da asma. Outras doenças alérgicas como anafilaxia, alergia a fármacos e alimentos, urticária e angioedema também aguardam reconhecimento e recursos.

Nos últimos anos temos presenciado um aumento significativo na prevalência das doenças alérgicas em todo o mundo, gerando grande impacto social, econômico e na qualidade de vida das pessoas. Cerca de 25% da população nos países industrializados apresenta algum tipo de alergia. A rinite alérgica, asma, dermatite atópica, rinosinusite crônica, conjuntivite alérgica e/ou alergia alimentar também têm acometido cada vez mais pessoas nos países de baixa e média renda, como o Brasil, onde as repercussões são ainda maiores pela escassez de

Tabela 1

Princípios fundamentais e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)

Sistema Único de Saúde (SUS)	Definição	
Princípios fundamentais	Universalidade	Saúde como um direito de todos e garantias de acesso aos serviços e ações em saúde
	Integralidade	Atendimento a todas as necessidades em saúde da população: preventivas, curativas e de reabilitação
	Equidade	Oferta de ações e serviços de acordo com as particularidades de cada comunidade
Princípios organizativos	Regionalização	Distribuição dos serviços e ações no território aproximando-os de quem mais precisa e tornando-os mais eficientes
	Hierarquização	Disponibilização dos serviços em níveis crescentes de complexidade tecnológica de acordo com cada caso
	Descentralização	Redistribuição do poder decisório, recursos e competências entre as três esferas de governo

recursos em geral⁷. Embora as hospitalizações e as taxas de mortalidade estejam diminuindo em algumas regiões do país, dados de um estudo recente mostraram níveis inseguros de controle dos sintomas (12,3%) e de adesão ao tratamento (32%) em pacientes brasileiros com asma⁸.

Mesmo nesta situação de hipossuficiência de recursos, a asma, entre todas as doenças alérgicas é a que vem recebendo mais atenção por parte do poder público por sua alta morbidade e mortalidade, reconhecida como inaceitável nos tempos atuais. Em agosto de 2021, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para asma foi aprovado para regulamentar o acesso aos cuidados de saúde e medicamentos para asma⁹, garantindo diagnóstico e tratamento mais precisos. Recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em parceria com o Instituto para Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) elaboraram e implantaram a Linha de Cuidado em Asma com o objetivo de ampliar o acesso, organizar o fluxo de pacientes entre os diferentes pontos de atenção das RAS e melhorar a qualidade da assistência, buscando alcançar o cuidado integral¹⁰.

Dois marcos legais foram fundamentais para inserir o tratamento da asma no cenário da saúde pública brasileira. A primeira foi a Política Nacional

de Medicamentos do Ministério da Saúde, prevendo o acesso gratuito a alguns medicamentos para asma, como beclometasona, fenoterol e salbutamol. Este plano favoreceu especialmente aqueles com quadros mais leves, que, apesar de apresentarem sintomas menos intensos, exacerbam muito e são internados com a mesma frequência que os pacientes com asma grave¹¹, representando o grupo que mais se beneficia do acompanhamento na APS¹².

O segundo marco foi a portaria ministerial que determinou a criação de diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos para asma grave, disponibilizando medicamentos como budesonida, formoterol, fluticasona e salmeterol, favorecendo o tratamento especializado de pacientes com asma grave¹³.

Há pouco mais de uma década, um plano nacional direcionado para o grupo das doenças crônicas¹⁴, atualizada recentemente para os próximos 8 anos (Plano de DANT 2021–2030), passou a definir ações estratégicas voltadas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) prevalentes no país. Estão contempladas no plano as doenças cardiovasculares, câncer, *diabetes mellitus* e as doenças respiratórias crônicas, grupo no qual a asma está inserida, ao lado de outras entidades como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tosse crônica, apneia obstrutiva do sono, dispneia e nódulos pulmonares¹⁵.

Apesar de ter sido contemplada nas duas versões dos planos, não houve destaque ou priorização da asma, mesmo neste cenário complexo de aumento da prevalência das doenças alérgicas e de asma, importante grupo de doenças crônicas que vêm sendo tratadas de forma fragmentada e desigual¹⁶.

Há 25 anos foi publicado o “I Consenso Brasileiro de Educação em Asma”, fruto do trabalho conjunto das sociedades de pneumologia, alergia e pediatria. Esta iniciativa representou um importante movimento das especialidades médicas e lançou as bases para a criação de programas para o tratamento da asma, com o objetivo de empoderar os pacientes com informações sobre a asma, orientá-los para o autocuidado e estimular o envolvimento familiar no plano de tratamento; qualificar os profissionais para o manejo adequado da doença; modificar os indicadores de morbimortalidade da asma, respeitando-se aspectos culturais, sociais e econômicos do público-alvo¹⁷.

Na ocasião, como resultado do esforço conjunto entre os programas recém-criados e as sociedades de especialidades junto ao setor público, foi elaborado o Plano Nacional de Controle da Asma (PNCA) com o objetivo de institucionalizar a assistência aos pacientes com asma, garantindo, assim, o acesso ao cuidado integral e aos medicamentos de forma gratuita e contínua¹⁷.

O PNCA não foi implantado como se esperava, mas serviu como referência para a criação de mais programas e várias outras iniciativas individuais por todo o país, que passaram a ofertar atenção especializada e de qualidade em asma e também rinite alérgica¹⁸ (Tabela 2).

Ao longo destes anos, algumas iniciativas foram descontinuadas, enquanto outras se fortaleceram e se consolidaram¹⁸.

Entre tantas iniciativas exitosas, podemos citar três programas que se destacaram por oferecer cuidado qualificado em asma e por modificarem os indicadores de morbimortalidade relacionados à asma em suas regiões de atuação.

O Programa “Criança que Chia” foi desenvolvido em resposta aos resultados de um estudo conduzido nos anos de 1994 e 1995, em Belo Horizonte, que mostrou que 64% das crianças e adolescentes com asma avaliados já haviam sido internados por asma, sendo que 71% destas eram reinternações e 90% frequentavam as unidades de urgência e emergência, 1 a 2 vezes ao mês, por causa dos sintomas. O estudo

também mostrou que a abordagem dos pacientes se limitava ao tratamento farmacológico das exacerbações, predominantemente em nível ambulatorial e hospitalar, à semelhança do acontecia em outros locais. O custo econômico com a assistência era elevado e crescente, especialmente ao se considerar que os insumos adquiridos eram, em sua maioria, medicamentos destinados ao alívio dos sintomas (broncodilatadores de ação rápida e metilxantinas), ineficazes para o tratamento dos pacientes em longo prazo¹⁹.

O programa foi viabilizado por meio de um contrato de cooperação técnica entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte, utilizando da capacidade instalada e recursos da rede pública de saúde.

O Programa teve início no ano de 1996, com o objetivo de oferecer capacitação da equipe de saúde e educação em asma de pacientes e familiares; reorganizar a assistência à criança asmática no sistema público de saúde em todos os níveis de atenção; e disponibilizar medicamentos para tratamento das exacerbações e controle da doença.

O treinamento em serviço dos profissionais das unidades de atenção primária que participaram do programa foi fundamental para modificar o cuidado dispensado aos pacientes de um tratamento focado nas crises agudas para o tratamento anti-inflamatório de longo prazo²⁰. A capacitação envolveu pediatras, médicos generalistas, profissionais da enfermagem e farmacêuticos, e teve como base o documento da *Global Initiative for Asthma* (GINA) de 1995.

Dois centros de referência de atenção especializada em pneumologia pediátrica foram criados. O público inicialmente assistido foi o de crianças menores de 5 anos, por serem o grupo de maior risco para internação, segundo dados dos estudos. As crianças maiores de 5 anos e os adolescentes foram encaminhados para os centros de referência, e posteriormente passaram a fazer acompanhamento nas unidades de atenção primária. As ações de educação em saúde envolveram a equipe de saúde, pacientes e familiares²¹.

A vinculação do paciente a uma unidade de atenção primária era considerada ponto essencial para a continuidade das atividades educativas que abordavam tópicos importantes, como adesão, controle ambiental e da exposição a alérgenos, incentivo às atividades físicas, reconhecimento das agudizações e sinais de agravamento.

Tabela 2

Experiências de sucesso em asma no Brasil

Programas de asma no Brasil				
Programa	Ano	Local	Objetivos	Financiamento
Programa Criança que Chia*	1996	Belo Horizonte (MG)	Capacitação da equipe. Educação em asma. Sistematizar o cuidado. Acesso gratuito a medicamentos	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano de Nacional de Medicamentos - SUS
Programa de Atenção Integral à Criança Asmática – PROAICA	1996	Fortaleza (CE)	Capacitação e qualificação da assistência. Educação em saúde. Pesquisa	Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano de Nacional de Medicamentos - SUS
Programa de Assistência ao Paciente com Asma – PAPA	1996	São Luís (MA)	Criar centro de referência em asma. Educação em saúde. Qualificação profissional	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Programa Crescendo com Saúde – Infecções e Alergias Respiratórias	2000	Curitiba (PR)	Organizar fluxos assistenciais. Medicamentos gratuitos. Qualificação profissional. Reduzir morbimortalidade	Rede pública municipal. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Hospital Infantil Pequeno Príncipe
De volta para Casa & Asma	2001	Porto Alegre (RS)	Capacitação e educação permanente. Diretrizes e fluxogramas para diagnóstico e tratamento. Redução das internações por asma	Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano Nacional de Medicamentos - SUS
Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do Distrito Federal	2001	Brasília (DF)	Educação em asma. Medicamentos gratuitos. Capacitação profissional	Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano de Nacional de Medicamentos - SUS
Programa Respira Londrina	2002	Londrina (PR)	Educação permanente. Busca ativa. Diagnóstico e tratamentos oportunos. Medicamentos gratuitos. Cuidado integral	Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano de Nacional de Medicamentos - SUS

Tabela 2 (continuação)

Experiências de sucesso em asma no Brasil

Programas de asma no Brasil				
Programa	Ano	Local	Objetivos	Financiamento
Programa de Controle da Asma na Bahia – ProAR*	2003	Salvador e Feira de Santana (BA)	Assistência integral. Medicamentos gratuitos. Criação de centro de referência em asma grave. Educação em saúde. Qualificação profissional	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano de Nacional de Medicamentos - SUS
Programa de Controle da Asma – CATAVENTO	2003	Goiânia (GO)	Educação permanente. Busca ativa de pacientes. Medicamentos gratuitos. Qualificação da assistência. Conhecer e melhorar os indicadores epidemiológicos locais	Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano Nacional de Medicamentos - SUS
Programa de controle de Asma – Respira Niterói	2003	Niterói (RJ)	Diagnóstico e tratamento. Assistência integral. Conscientização da gestão pública. Melhorar os indicadores epidemiológicos locais	Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano de Nacional de Medicamentos - SUS
Plano de Atenção ao paciente com asma e rinite do Município do Rio de Janeiro – RespiraRio	2004	Rio de Janeiro (RJ)	Reduzir morbimortalidade. Capacitação profissional. Educação permanente. Criação de polos de asma. Garantir acesso a medicamentos e testes diagnósticos. Aperfeiçoar sistema de informação	Financiamento público: utilização da rede pública das esferas municipal e estadual de Saúde, Plano de Nacional de Medicamentos - SUS
Programa CreAs – Controle de Rinite e Asma da Santa Casa de Misericórdia	2006	Vitória (ES)	Constituir centro de referência. Educação em saúde. Educação permanente. Pesquisar e controlar comorbidades	Financiamento público: Prefeitura Municipal. Hospital Escola da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM)
Programa Infantil de Prevenção de Asma (PIPA)	2012	Uruguaiana (RS)	Reduzir a morbidade e a mortalidade por asma em crianças	Financiamento público: SMS, Prefeitura Municipal

Como resultado do programa foram relatados maior segurança para prescrever e utilizar os corticosteroides inalatórios, maior sensibilidade das equipes para assistir os pacientes, e maior segurança dos profissionais médicos para diagnosticar e tratar adequadamente a doença. Também foi observado incremento nas prescrições de corticosteroides inalados, no uso de broncodilatador aerossol com espaçador, e na redução de 79% das taxas de internação nos anos seguintes ao início do programa²².

Em artigo publicado após 10 anos da implantação do “Criança que Chia”, os autores discutem o impacto positivo nos indicadores epidemiológicos locais, na qualidade de vida, na qualidade da assistência prestada aos pacientes e na geração de conhecimentos científicos inéditos²³.

Destacaram como desafios encontrados ao longo deste tempo, a baixa adesão ao programa (50 a 60% das crianças), o que pode ter afetado os resultados observados com relação ao controle da asma, problema relatado também em outros locais; a parceria entre o município e a universidade que depende, em princípio, da vontade e interesse de seus respectivos gestores, o que pode em algum momento dificultar a continuidade do programa; o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que representa a estratégia de APS no país que, ao mesmo tempo que favorece o acesso a cuidados em saúde, possui profissionais com pouca qualificação para diagnosticar e tratar asma; e falta de acesso a corticosteroides mais potentes na APS para tratar casos mais complexos²³.

O Programa de Controle da Asma na Bahia (ProAR) é outro exemplo de sucesso, que mudou a realidade dos pacientes com asma grave e os indicadores epidemiológicos relacionados à doença nas cidades de Salvador e Feira de Santana.

O ProAR é um programa de ensino, pesquisa e assistência especializada, multi-institucional, baseado no PCNA, coordenado pela Universidade Federal da Bahia, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e operacionalizado com o apoio e colaboração dos setores públicos municipal (Salvador) e estadual (Bahia)²⁴.

O programa foi implantado em 2003 como um centro de referência em asma grave para os pacientes oriundos da Atenção Primária da cidade de Salvador, Feira de Santana e região, no Estado da Bahia. A iniciativa surgiu da necessidade de abordagem adequada e acompanhamento especializado para

pacientes com as formas mais graves da asma, a maioria sem acesso ao tratamento anti-inflamatório de longo prazo^{24,25}.

As principais metas do programa foram disponibilizar assistência integral ao paciente com asma no sistema público de saúde; ofertar gratuitamente medicamentos para asma; estruturar ambulatórios de referência para os casos graves e capacitar as equipes de atenção primária para o cuidado dos pacientes com as formas leves e moderadas da doença.

Já nos primeiros anos do programa, quatro centros de referência em Salvador e um em Feira de Santana foram constituídos, ampliando o acesso à atenção especializada em asma. Após a implantação do ProAR, observou-se redução em 85% nos atendimentos de urgência, e 90% nas internações nos serviços da rede pública dos municípios; absenteísmo escolar e laboral 86% menor, e diminuição em 67% da necessidade de uso de corticosteroide oral pela população assistida²⁶.

Com relação aos custos diretos e indiretos com a doença para as famílias, observou-se redução de 50% no tempo gasto com deslocamentos, 59% no tempo gasto em salas de espera por causa da asma, e 80% no absenteísmo escolar. Os medicamentos eram os itens que mais pesavam no orçamento familiar e, após o programa, verificou-se uma redução de 37,5% para 4,5% do comprometimento da renda com a asma. Como consequência, observou-se aumento de 10% na renda familiar média e redução dos custos com o tratamento em 86,3%, gerando um incremento anual médio na renda familiar de 50% com relação à renda anterior ao programa²⁷.

Também foram identificadas reduções importantes nos custos com internações, UTI e visitas à emergência, mesmo considerando o aumento dos gastos do setor público com medicamentos inalatórios, exames complementares e consultas²⁸.

A atuação do programa desde sua implantação produziu dados que deram suporte a vários estudos, gerando o conhecimento específico de grande relevância. Um dos estudos foi a comparação de características demográficas, clínicas e de função pulmonar entre duas coortes de adultos com asma grave – a coorte brasileira do ProAR e uma coorte europeia formada a partir de um consórcio entre instituições acadêmicas, indústria farmacêutica e organizações de pacientes (U-BIOPRED) e controles com asma leve/moderada brasileiros e oriundos de 11 países europeus. Os resultados mostraram que, apesar de

algumas diferenças, semelhanças fenotípicas referendam a asma como entidade nosológica, o que permite, entre outras coisas, estudos de cooperação entre grupos de vários lugares em busca de respostas para questões importantes como a variabilidade fenotípica da asma e de resposta aos tratamentos²⁹.

Outro, entre tantos estudos, realizado com a coorte de pacientes com asma grave do ProAr, mostrou que pacientes com asma apresentam 53% mais chance de apresentar depressão, possivelmente pela qualidade de vida afetada por exacerbações frequentes e sintomas que chegam a ser incapacitantes. Neste estudo, os autores discutem ainda que a asma pode constituir um evento adverso negativo na vida, induzindo sofrimento e estresse (físico e mental). O estresse psicológico poderia levar a aumento de marcadores pró-inflamatórios, que poderia ser a base da relação entre asma e depressão³⁰.

O Programa Infantil de Prevenção à Asma (PIPA), criado em 2012 no município de Uruguaiana/RS, é outro exemplo bem-sucedido que partiu da iniciativa individual e que, posteriormente, foi incorporado como programa municipal, garantindo que suas ações fossem estendidas a todo o município de forma continuada. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, foi decisivo para melhorar a abordagem, os indicadores epidemiológicos e a qualidade de vida de crianças e adolescentes com asma na região³¹.

Onde estamos neste momento?

Segundo a OMS, 400 milhões de pessoas no mundo não têm acesso a cuidados de saúde essenciais. Embora já seja possível observar avanços significativos nas condições de saúde e qualidade de vida das pessoas, as melhorias ainda são distribuídas de forma desigual, considerando-se diferentes países e diferentes regiões de um mesmo país. Em alguns locais, os sistemas de saúde são frágeis e pouco integrados, faltam recursos e profissionais de saúde, e o cuidado oferecido é fragmentado e de baixa qualidade³².

Acredita-se que serviços de saúde integrados, com abordagem continuada e centrada nas pessoas seja o caminho para se obter mais qualidade nos cuidados em saúde, mais resolutividade e maior satisfação do usuário, com otimização de recursos^{32,33}.

A aproximação da Atenção Especializada, de nível secundário e terciário, com a Atenção Primária é a base dos cuidados integrados em saúde (“cuidado integrado”, “cuidado compartilhado” e “cuidado colaborativo”), que se dá pelo conhecimento das rotinas

dos profissionais e maior envolvimento das equipes e serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção³⁴. Outras experiências de aproximação visando melhorar o manejo da asma mostram resultados positivos³⁵, assim como experiências em outras áreas como saúde mental³⁶ e oftalmologia³⁷.

No Brasil, a Atenção Especializada Secundária (AES), importante componente do sistema de saúde, tem se mostrado como o nível mais frágil, por sua desarticulação e sobrecarga, dificultando a organização da Atenção à Saúde segundo a lógica das RAS⁵. Alguns aspectos da organização das redes de atenção, envolvendo especialmente a APS e a AES têm sido alvo de discussões frequentes. Têm sido apontados como pontos críticos para a estruturação adequada de RAS os seguintes fatores:

1. falta de entendimento do modo de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde e o papel de cada componente na sua organização;
2. falta de coordenação da RAS que, por definição, deve estar a cargo da APS;
3. falta de sistema de referenciamento baseado em classificação de risco, partindo da APS, garantindo equidade do cuidado;
4. falta de equipes multiprofissionais qualificadas para o cuidado integral e integrado à saúde dos usuários nas AES;
5. serviços diagnósticos ofertados fora da lógica de custo-efetividade, com indicações não baseadas em evidências científicas comprovadas e acesso não priorizado segundo o risco.

Ampliando o olhar para o que acontece além das fronteiras nacionais, é possível observar que questões relacionadas ao subdiagnóstico e manejo subótimo da asma, como relatado no caso ilustrativo deste artigo, também são encontradas em outros países, especialmente naqueles com limitações de recursos destinados à saúde. Em um estudo realizado no Vietnã, os pesquisadores propuseram um algoritmo baseado em diagnóstico sindrômico para a abordagem de queixas respiratórias nas unidades de saúde e observaram maior padronização diagnóstica e esquemas terapêuticos mais adequados e iniciados em tempo oportuno³⁸.

Talvez um esforço internacional conjunto em defesa de maior conscientização e priorização da asma e outras doenças alérgicas no cenário da saúde pública possa modificar globalmente o cenário atual e a realidade dos pacientes.

Considerações finais

O Brasil ainda não dispõe de políticas públicas de âmbito nacional voltadas especificamente para o público com doenças alérgicas e asma. Os avanços e benefícios obtidos até o presente momento são oriundos das várias experiências individuais que mudaram a realidade de milhares de pacientes e os indicadores epidemiológicos locais da asma. Os pioneiros atuaram como modelos que foram reproduzidos e adaptados, alcançando mais pessoas e potencializando os resultados.

Mesmo reconhecendo o papel inestimável destas iniciativas como alternativas para o acesso à atenção de qualidade em asma, uma crítica que surge à não implantação de um plano como política de estado, é a distribuição heterogênea de programas independentes pelo país, contrariando os princípios da equidade e integralidade dos cuidados em saúde, princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde.

Compreender o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, sua organização e o papel de cada ponto de serviço dentro da RAS são ações fundamentais para que possamos identificar fragilidades e trabalhar soluções. Uma maior aproximação dos níveis de atenção é a base para que as diferentes estratégias, como diagnósticos e tratamentos baseados em evidências científicas, classificação de risco e regulação do fluxo de pacientes dentro da RAS, sejam adaptadas e aplicadas em prol da melhoria da qualidade da assistência, condições de saúde e qualidade de vida da população. A qualificação dos diferentes atores de cada nível de atenção pode ser o ponto de partida para a mudança pretendida. Importante ressaltar que não só APS necessita de capacitação adequada. Cada nível de atenção à saúde precisa se inteirar das competências e atribuições de todos os outros, para que as ações transcorram em clima de cooperação solidária, em benefício do usuário que busca o sistema de saúde.

Referências

- Reddel HK, Bacharier LB, Bateman ED, Brightling CE, Brusselle GG, Buhl R, et al. Global Initiative for Asthma Strategy 2021: Executive Summary and Rationale for Key Changes. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2023 Feb 8;33(1):7.
- Levy ML, Bacharier LB, Bateman E, Boulet LP, Brightling C, Buhl R, et al. Key recommendations for primary care from the 2022 Global Initiative for Asthma (GINA) update. *Prim Care Respir Med.* 2023;33(7).
- Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: Brasil, Ministério da Saúde; 2022. p. 44. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/sistema_saude.pdf.
- Malta DC, de Azeredo Passos VM, Machado ÍE, Marinho Souza MF, Ribeiro ALP. The GBD Brazil network: better information for health policy decision-making in Brazil. *Popul Health Metr.* 2020;18(Suppl 1):23.
- Pan American Health Organization, World Health Organization. 44th Directing Council. 55th Session of the Regional Committee. 2003.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 549.
- Meghji J, Mortimer K, Agusti A, Allwood BW, Asher I, Bateman ED, et al. Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions. *Lancet.* 2021;397(10277):928-40.
- Cançado JED, Penha M, Gupta S, Li VW, Julian GS, Moreira ES. Respira project: Humanistic and economic burden of asthma in Brazil. *J Asthma.* 2019;56(3):244-51.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta N° 14, de 24 de agosto de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado em Asma (Internet). Atualização 14/02/2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/asma/servico-de-atendimento-movei/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Relatórios Técnicos Institucionais: Política Nacional de Medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2).
- Ponte EV, Souza-Machado A. Severe asthma in Brazil: from diagnosis to treatment. *J Bras Pneumol.* 2021;47(6):e20210386.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.318, de 23 de Julho de 2002. Política de Medicamentos.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ação Estratégico para o Enfrentamento das Doenças Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (Plano de DCNT 2011-2022).
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Combate às Doenças Crônicas e Doenças Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (Plano de DANT 2022-2030).
- Serpa FS, Mello LM, Souza PS, Chiabai J, Silva EC, Mello YAM, et al. Assistência a pacientes com doenças imunoalérgicas no Sistema Único de Saúde brasileiro - Carta de São Paulo. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2022;6(4):427-31.
- Fernandes ALG, Cabral ALB, Faresin SM. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma Plano de Educação e Controle da Asma. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Pneumol.* 1996;22(Supl 1):S1-S24.
- Cerci Neto A, Ferreira Filho OF, Bueno T, Talhari MA. Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina. *J Bras Pneumol.* 2008;34(9):639-45.
- Lasmar LMLB, Fontes MJF, Guerra HL, Jentzsch NS. Perfil da Assistência Pública à criança e ao adolescente asmático. *Rev Med Minas Gerais.* 2000;10:208-12.
- Fontes MJF. Síndrome sibilante e asma: proposta de tratamento em crianças e adolescentes através da parceria SUS/UFMG [tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
- Camargos PAM. In: Menna Barreto SS, Cruz AA, ed. Asma, um grande desafio (2004). São Paulo: Ateneu. p. 343-57.
- Fontes MJF, Afonso AGA, Calazans GMC, Andrade CR, Lasmar LMLB, Nader CMFF, et al. Impacto de um programa de manejo da asma sobre as hospitalizações e os atendimentos de urgência. *J Pediatr (Rio J.).* 2011;87(5):412-8.
- Lasmar LMLB. In: Cerci Neto A, org. Asma em Saúde Pública (2006). São Paulo: Manole. p. 93-102.

24. Ponte EV, Souza-Machado A, Franco RA, Sarkis V, Shah K, Souza-Machado C, et al. Programa de Controle da asma e da rinite alérgica na Bahia (ProAR) - Um modelo de integração entre assistência, ensino e pesquisa. *Rev Baiana saúde pública*. 2004;28(1):124-32.
25. Brandão H, Silva Junior I, Neves Neto J, Amaral D, Cruz C, Souza-Machado A, et al. Impacto do Programa para o Controle da Asma e da Rinite (Proar) de Feira de Santana, Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*. 2008;78 (Supl 2):64-8.
26. Ponte EV, Franco RA, Souza-Machado A, Souza-Machado C, Cruz AA. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. *J Bras Pneumol*. 2007;33(1):15-19.
27. Franco R, Santos AC, Nascimento HF, Souza-Machado C, Ponte EV, Souza-Machado A, et al. Cost-effectiveness analysis of a state funded programme for control of severe asthma. *BMC Public Health*. 2007; 7(82):1-8.
28. Souza-Machado C, Souza-Machado A, Franco R, Ponte EV, Cruz AA. Impacto do Proar (Programa para o Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia) sobre a utilização de recursos de saúde, custos e morbi-mortalidade por asma em Salvador. *Gazeta Médica da Bahia*. 2008;78 (Supl 2):59-63.
29. Cruz AA, Riley JH, Bansal AT, Ponte EV, Souza-Machado A, Almeida PCA, et al. Asthma similarities across ProAR (Brazil) and U-BIOPRED (Europe) adult cohorts of contrasting locations, ethnicity and socioeconomic status. *Respir Med*. 2020;161:105817.
30. Vázquez VS, de Lima VB, de Mello LM, Duarte DCB, de Oliveira TDS, Cruz AA. Depression, suicidal motivation and suicidal ideation among individuals with asthma: a cross-sectional study. *Journal of thoracic disease*. 2021;13(10): 6082.
31. Urrutia-Pereira M, Avila A, Solé D. Programa Infantil de Prevenção de Asma: um programa de atenção especializada a crianças com sibilância/asma. *J Bras Pneumol*. 2016;42(1):42-7.
32. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services (IPCHS). Report by the Secretariat. WHO; 2016. p. 12.
33. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. WHO; 2018. p. 76.
34. Satylganova A. Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. p. 43.
35. Melo J, Moreno A, Ferriani V, Araujo AC, Vianna E, Borges M, et al. University and public health system partnership: A real-life intervention to improve asthma management. *J Asthma*. 2017;54(4):411-8.
36. Moscovici L, Balco EM, Degani NC, Bolsoni LM, Marques JMA, Zuardi AW. Associations between primary health care strategies and outcomes of mental disorders. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(4):360-6.
37. Cade F, Furtado JM, Vicente LM, Takaki E, Rodrigues MLV, Rocha EM, et al. Collaborative care model in community eye health: benefits to Family Health teams. *Educ Prim Care*. 2017;28(5):301-2.
38. Huang WC, Fox GJ, Pham NY, Nguyen TA, Vu VG, Ngo QC, et al. A syndromic approach to assess diagnosis and management of patients presenting with respiratory symptoms to healthcare facilities in Vietnam. *ERJ Open Res*. 2021;7(1):00572-2020.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Correspondência:
Luane Marques Mello
E-mail: luane@fmrp.usp.br