

O Programa Nacional de Controlo da Asma

MARIA DA GRAÇA CASTEL-BRANCO*

INTRODUÇÃO

Conhecimentos adquiridos ao longo das duas últimas décadas vieram revolucionar a abordagem da asma como doença crónica que se sabe atingir, em todo o mundo, mais de 150 milhões de pessoas. Afirmámos durante anos que a asma, quando instalada, ficaria para toda a vida, mas este prognóstico é hoje menos sombrio e quando transmitido ao doente é envolvido num sorriso confiante: não prometemos a cura, mas uma vida normal, tão normal quanto a de qualquer indivíduo saudável, na maioria dos casos.

O conjunto de conhecimentos científicos que vêm sugerindo alterações na abordagem da doença, incluem o conceito de asma como doença inflamatória, os estudos epidemiológicos que evidenciam aumentos de incidência e prevalência, as análises económicas denunciando valores elevados de custos tanto directos como indirectos e a evidência da eficácia do tratamento anti-inflamatório precoce em obter remissão clínica e funcional completa nas asmas com pouco tempo de evolução.

A nível mundial, e no início dos anos 90, a comunidade científica compreendeu que estes novos conceitos não eram universalmente conhecidos e que a promessa de uma vida normal e de boa qualidade para os doentes asmáticos se apresentava difícil de cumprir: a prevalência era muito elevada, os profissionais de saúde bem preparados tecnicamente eram poucos, a informação que os doentes dispunham sobre a doença era escassa e a sua adesão às recomen-

dações médicas duvidosa, os serviços de cuidados de saúde não tinham uma articulação nem um funcionamento exemplar e os avanços terapêuticos não eram acessíveis a todos.

Foram surgindo iniciativas nacionais, quer na Europa quer na América, tentando contornar estas dificuldades e estabelecendo programas locais de acção, que vieram a inspirar posteriormente iniciativas globais. Foram disponibilizadas para todo o mundo recomendações reunidas no documento amplamente divulgado, conhecido como GINA (*Global Initiative for Asthma*)¹.

O controlo da doença pelo próprio doente é o ponto-chave do programa. O doente bem informado sobre a sua patologia e respectiva terapêutica reduz as suas necessidades de recurso aos serviços de cuidados de saúde, no que diz respeito a consultas programadas, não programadas, urgentes e de internamento hospitalar. Vive melhor e sobrecarrega menos o orçamento para a saúde.

A importância da asma como problema de saúde pública, proclamada pela comunidade científica e pelas associações de doentes, passou a ser inquestionável para as autoridades de saúde na maior parte dos países ditos ocidentais, mas o assumir da necessidade de implementar um programa de acção foi mais difícil.

Em Portugal, o Ministério da Saúde, cedendo às pressões das instituições mais empenhadas naquele objectivo, (Movimento GINA, Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Associação Portuguesa de Asmáticos) criou a Comissão de Coordenação do

*Directora do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de S. João Representante da S.P.A.I.C. na Comissão de Acompanhamento em 2001 e 2003

Programa da Asma, através do Despacho nº 6.536/99 de 1 de Abril.

Foram muitas as horas de trabalho da Comissão até à publicação em 2000 do «documento azul com moinho de vento», aprovado pelo Ministério da Saúde em Março de 2001, com uma tiragem de 50.000 exemplares, de modo a chegar às mãos de todos os profissionais de saúde em contacto com os doentes asmáticos. Estava criado o primeiro instrumento de trabalho².

A ausência de um trabalho de motivação prévio junto dos profissionais de saúde, que deveria ter sido assumido pela Comissão, explica a indiferença e o cepticismo com que este documento foi recebido em alguns locais de trabalho.

Em 2001, uma segunda ferramenta foi elaborada, o Manual de Boas Práticas³, que reunia, de forma reduzida, em português e numa versão gráfica melhorada, as recomendações do GINA (50.000 exemplares com igual distribuição pelos profissionais de saúde).

No mesmo ano os «Manuais de Ajuda»⁴ para a criança (60.000 exemplares), para o jovem⁵ (130.000 ex.) e para o adulto⁶ (210.000 ex.), em linguagem e grafismo adequados ao grupo etário, estavam prontos a ser distribuídos pelos locais de trabalho. Um CD-ROM com o título de «Auto-controlo da Asma», editado pelas instituições envolvidas no programa e produzido por uma equipa da Universidade Nova de Lisboa, ficou disponível igualmente em 2001.

Estavam assim completas as ferramentas necessárias à implementação no terreno das estratégias traçadas no Programa, com vista à concretização dos objectivos definidos (Fig. 1).

O trabalho da Comissão esteve interrompido, por razões que lhe são completamente alheias, largos períodos de tempo. Em Fevereiro de 2002 foi criada a Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma (Despacho nº 2878/2002, 2ª série

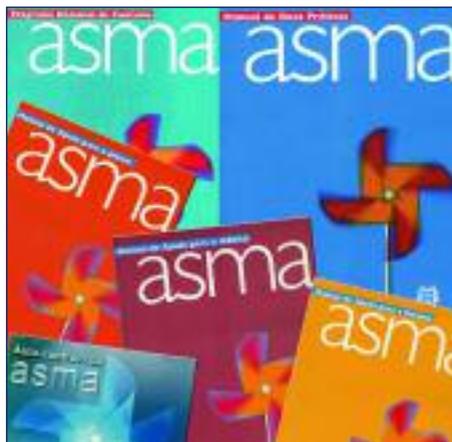


Figura 1. Manuais de apoio ao Plano Nacional de Controlo da Asma.

– DR. nº 30), como estrutura nacional que, no âmbito da Direcção Geral de Saúde tinha a função de promover, monitorizar e avaliar o desenvolvimento e operacionalização do Programa. Com uma constituição mais alargada, reuniu em média uma vez por mês, num total de doze reuniões plenárias destinadas a programar a implementação do Programa e desenvolver algumas estratégias previstas.

A primeira dessas estratégias, DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES E COMPETÊNCIAS NO DOENTE E NA FAMÍLIA, cumpriu-se com a distribuição dos 400.100 Manuais de Ajuda ao

QUADRO I

ESTRATÉGIAS DO PLANO NACIONAL DE CONTROLO DA ASMA

1. Desenvolvimento de capacidades e competências no doente e na família
2. Intervenção em grupos de risco acrescido
3. Melhoria da acessibilidade
4. Promoção de boas práticas profissionais
5. Intervenção no meio ambiente
6. Desenvolvimento do associativismo
7. Vigilância epidemiológica da asma
8. Gestão integrada da doença

doente asmático e 30.025 CD-ROM interactivos, pelas Regiões e Subregiões de Saúde e pelas Escolas de Ensino Básico e Secundário, após reuniões de sensibilização nas Direcções Regionais de Saúde e da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Estas reuniões tinham como objectivo preparar futuras acções de formação nas Escolas, envolvendo professores, pais e alunos.

No que diz respeito à INTERVENÇÃO EM GRUPOS DE RISCO ACRESCIDO foi elaborada uma proposta de Circular Normativa, «Acesso dos Doentes com Asma de Alto Risco a Consultas Diferenciadas de Asma», enviada ao Senhor Director Geral e Alto Comissário de Saúde em Julho 2003. A sua aprovação e divulgação foi conseguida em Julho de 2004, sendo nela recomendado que «Todos os doentes com asma de alto risco (A.A.R.) devem ter acesso facilitado a consultas diferenciadas de asma (C.D.A.), com atendimento nas primeiras 24 horas após a sua identificação».

A circular, para além da fundamentação, enumera os critérios de definição de «Asma de Alto Risco» e os requisitos exigidos a uma «Consulta Diferenciada de Asma». A avaliação desta estratégia passa pela notificação em Janeiro de cada ano, à Direcção Geral de Saúde, do seguinte indicador, reportado ao ano anterior:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de doentes com A.A.R. atendidos em C.D.A. nas primeiras 24 horas}}{\text{n}^\circ \text{ total de doentes com A.A.R.}}$$

Em relação à MELHORIA DE ACES-SIBILIDADE, o desconhecimento da situação referente à carta de equipamentos das urgências e consultas levou à elaboração de inquéritos a serem aplicados nos centros de saúde, hospitais e centros de diagnóstico pneumológico, pela Direcção de Serviços de Informação e Análise, da Direcção Geral de Saúde, não sendo do conhecimento da Comis-

são o ponto da situação da recolha desses elementos, indispensáveis a um programa de melhoria da acessibilidade. Foi igualmente elaborado inquérito com vista à monitorização do consumo de fármacos, a que o INFARMED deveria dar resposta, desconhecendo-se igualmente se o processo está em execução.

Para 2003 e como estratégia prioritária, foi escolhida a promoção de BOAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS. Elementos da Comissão elaboraram um plano de formação para médicos de medicina geral e familiar, com uniformização de conteúdos em suporte digital, favorecendo aspectos da prática clínica, com apresentação de casos clínicos e espaço adequado para discussão.

As acções de formação no âmbito da ARS Norte foram planeadas pelos elementos da Comissão da região Norte, em conjunto com elementos da própria ARS num trabalho de parceria exemplar. A organização de uma rede de formadores, que incluiu médicos de várias especialidades (medicina geral e familiar, imunoalergologistas, pneumologistas, pediatras) com conhecimentos e empenho na abordagem correcta da asma, permitiu calendarizar as reuniões ao longo do ano 2003 de modo a que todos os colegas dos Centros de Saúde e de Saúde Pública da ARS Norte, tivessem acesso às acções de formação que eram sempre coordenadas por dois elementos formadores, a maior parte das vezes acompanhados por um elemento do Movimento GINA com experiência neste tipo de acções. Decorriam ao longo de oito horas, privilegiando-se o tempo de discussão e troca de experiências em desfavor das apresentações que se pretendiam sintéticas e capazes de passar a mensagem principal: «A asma é uma doença inflamatória, não pode ser controlada apenas com broncodilatores de curta ou longa acção. As asma persistentes devem incluir no seu tratamento medicação anti-inflamató-

ria, sendo a corticoterapia por via inalatória, na dose adequada à gravidade da doença, a primeira linha de tratamento». Uma outra mensagem foi passada, com apoio no documento conhecido como ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*)⁷: «A rinite alérgica precede e acompanha com elevada frequência a asma, como tal não deve ser negligenciado o seu tratamento adequado».

Foram realizadas 60 sessões que abrangeram 1.377 participantes dos Centros de Saúde da ARS Norte. O Quadro II resume o número de acções realizadas sob responsabilidade das demais ARS, saldando-se por um total de 124, abrangendo 2.342 colegas de medicina geral e familiar.

Uma nota que advém da experiência do grupo de formadores do Norte: as acções de formação foram consideradas obrigatórias pelo Ministério da Saúde. Em alguns casos esta obrigatoriedade desencadeava um clima de alguma críspação no início das sessões. Os nossos colegas de medicina geral e familiar são solicitados para formação frequentemente, quer pela tutela quer por iniciativas individuais, muitas vezes com apoio da indústria farmacêutica. As características particulares da sessão integrada no PNCA, o entusias-

mo na comunicação dos formadores, a inclusão de casos clínicos proporcionando discussão muito estimulante, conseguiram conquistar para o tema a audiência e embora não se tenha feito a avaliação final com a apreciação dos participantes ao conteúdo da formação, raros foram os comentários menos positivos.

No sentido de manter um espírito de coesão e empenhamento no Programa, o grupo de formadores e os coordenadores da Região Norte reuniram-se durante um dia numa sessão destinada a melhorar a qualidade das apresentações e trocar experiências relativas às dificuldades e questões surgidas durante as acções de formação. Escolheu-se um local agradável, cada participante levou uma apresentação de um tema, científico ou não, fez a sua exposição perante os colegas, ouviu as suas críticas e finalmente o parecer de pessoal especializado neste tipo de acções. Considera-se indispensável este convívio, no decurso de um programa que decorreria ao longo de um ano, nas várias sub-regiões da ARS Norte. Alguns de nós não se conheciam, funcionando a energia e o entusiasmo de alguns como catalizador de grupo empenhado no mesmo objectivo.

Ao longo de 2002 e 2003 realizaram-se encontros com os profissionais de enfermagem, na pessoa da sua Bastonária ou seu delegado. Entendia-se como muito importante o envolvimento no Programa deste grupo profissional muito próximo dos doentes asmáticos nas consultas diferenciadas ou não. O seu contributo na aplicação de algumas técnicas diagnósticas e de intervenção educacional e terapêutica, mostrava-se indispensável. Previa-se, no fim de 2003, o início da sua formação, envolvendo elementos de enfermagem com treino especializado e médicos como formadores, para o ano de 2004, em algumas das ARS (Norte e Algarve).

As regiões autónomas dos Açores e

QUADRO II

ACÇÕES DE FORMAÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA NO ÂMBITO DO PLANO NACIONAL DE CONTROLO DA ASMA (2003)

ARS	Nº DE ACÇÕES REALIZADAS	Nº DE PARTICIPANTES
ARS Norte	60	1.377
ARS Centro	15	261
ARS Lisboa e Vale do Tejo	26	501
ARS Alentejo	8	86
ARS Algarve	15	117
TOTAL	124	2.342

Madeira, representadas na Comissão de Acompanhamento, mostraram-se igualmente interessadas na implementação do Programa.

Durante o ano de 2004 a Comissão de Acompanhamento reuniu com a D.G.S. uma vez no primeiro trimestre.

Até ao momento desconhece-se o ponto da situação relativo ao envolvimento da enfermagem e das regiões autónomas no Programa.

Uma nota breve sobre a VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA, que consta do Relatório Síntese das Actividades dos anos 2002 e 2003, onde também são enumeradas algumas recomendações da Comissão de Acompanhamento: «Foram elaborados inquéritos e estudos que possibilitam a monitorização do PNCA nas suas diversas vertentes, desde o diagnóstico à avaliação do seu impacto. Por constrangimento financeiro, e como oportunamente foi referido ao Senhor Director Geral, 30.01.2003, não se realizou a monitorização do Programa, como previsto. Apenas foi efectuada o Inquérito de Saúde dos Adolescentes na Escola, por amostragem, que abrange o grupo etário dos 11 aos 19 anos, que contém questões relacionadas com asma, cujos resultados estão em fase de análise pela Direcção dos Serviços de Informação e Análise».

O PNCA, para além de definir objectivos e estratégias, estabelece um prazo até 2007 para os atingir.

Nestas contas, o grupo de trabalho que criou o Programa e o tem acompanhado na sua implementação, vê com preocupação o aproximar do fim do prazo. Olhando para trás, tem-se noção de que se poderia ter feito mais e melhor. Lamentam-se os dois anos de impasse e inactividade, 2001 e 2004, e são legítimas as dúvidas quanto ao interesse do Ministério na continuidade do Programa.

Os constrangimentos financeiros provavelmente não permitirão a concre-

tização dos objectivos do PNCA, objectivos que são os nossos, Comissão de Acompanhamento e de todos os que se envolveram a troco de nada, mas também, pensamos nós, do Ministério e da Direcção Geral da Saúde.

A melhoria da qualidade de vida e bem estar dos doentes asmáticos, dos seus familiares e dos seus grupos de pertença, continuarão a ser persistentemente perseguidos. Podem é levar mais tempo.

Recentemente, em Junho de 2004, e a convite do Serviço de Imunoalergologia, esteve no Porto o Professor Tari Haathela, Director da *Division of Allergy, Skin and Allergy Hospital, Helsinki University Central Hospital*, na Finlândia. Sabíamos da existência neste país de um Programa de Asma (1994-2004), conhecíamos o relatório do Grupo de Trabalho encarregado de o elaborar e implementar (*Clinical and Experimental Allergy*, 1996; 26 (sup.1), 1-24), sendo Tari Haathela nomeado seu coordenador pelo Ministério da Saúde da Finlândia. O ano de 2004 é o ano de apresentação da avaliação final. A sua intervenção na nossa Reunião de S. João tinha por título «Programa de asma na Finlândia – Uma história de sucesso». Na revista Thorax de 2001, T. Haathela e colaboradores avaliaram o programa no fim do ano 2000⁸. Já nesta altura era uma «história de sucesso». E nós?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Global Strategy for Asthma. In URL: <http://www.ginasthma.com/ginawr20clean.pdf>.

2. Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Asma. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2000. In URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005992.pdf>.

3. Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Direcção-Geral da Saúde. Manual de Boas Práticas na Asma. Lisboa: Direcção-Ge-

ral da Saúde; 2000. In URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005650.pdf>.

4. Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Direcção-Geral da Saúde. Manual de Ajuda para a Criança. Lisboa: DGS; 2001. In URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006041.pdf>.

5. Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Direcção-Geral da Saúde. Manual de Ajuda para o Jovem. Lisboa: DGS; 2001. In URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006040.pdf>.

6. Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Direcção-Geral da Saúde. Manual de Ajuda para o Adulto. Lisboa: DGS; 2001. In URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006039.pdf>.

7. ARIA. A Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma. Guia de Bolso. Lisboa: SPAIC; 2002. In URL: <http://www.spaic.pt/docspdfs/ariapocketguide.pdf>.

8. Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen LA. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001; 56: 806-14.