

ATENDIMENTO SEQUENCIAL MULTIPROFISSIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ASMA EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Multiprofessional Sequential Care of Asthmatic Children and Adolescents in a Primary Health Care Service

Maria Lucia Medeiros Lenz¹, Elineide Gomes Camillo²,
Daniel Demétrio Faustino Silva³, Norma Beatriz Vieira Pires⁴, Rui Flores⁵

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi avaliar o impacto de um modelo sequencial de atendimento a crianças e adolescentes com asma em uma unidade de atenção primária à saúde. Foram acompanhados, no ano de 2012, 89 usuários, entre 4 meses e 15 anos de idade, com diagnóstico de asma. Esses usuários foram agendados para consultas sequenciais de atendimentos de 15 minutos com profissionais de diferentes categorias e foram vistos em intervalos de 3-4 meses, priorizando-se aqueles com história de internações e consultas extras frequentes. Os objetivos específicos e métodos de cada atendimento foram pactuados e definidos previamente. A avaliação da estratégia foi realizada por meio de um estudo retrospectivo analítico longitudinal, com base nos registros de prontuários e do Sistema de Informação em Saúde (SIS) do GHC. Foram analisados questionários aplicados na primeira e última consulta médica. As informações foram digitadas em um banco de dados em excel e avaliadas a partir de testes estatísticos de McNemar e Wilcoxon, por meio do Programa SPSS. Entre os 89 usuários atendidos, 80 (90%) aderiram ao modelo de atenção e 44 (49%) obtiveram melhor nível de controle da asma ($p=0,001$). Apenas 4 (5%) foram acompanhados também por pneumologista. As famílias dos usuários (19 vs 80) passaram a utilizar um plano de ação escrito para tratamento dos sintomas e mais usuários fizeram uso de corticoide inalatório (14 vs 61), evidenciando melhores resultados ($p=0,001$ para ambos). A redução de idas à emergência (127 vs 39) e de internações por asma (14 vs 1) após intervenção também foi significativa ($p<0,001$ para ambos). Os 89 usuários foram

ABSTRACT

This work aimed at assessing the impact of a sequential care model for asthmatic children and adolescents in a primary health care unit. Eighty-nine users between 4 months and 15 years of age, diagnosed with asthma, were followed throughout 2012. These users were scheduled in 15-minute sequential appointments with professionals in different categories and were seen at 3-4-month intervals; the ones with a history of hospitalization and constant extra-appointments were prioritized. The specific objectives and methods of each appointment were previously agreed upon and defined. The evaluation of the strategy was performed by a longitudinal analytic retrospective study based on the records from medical charts and from the Health Information System (SIS) of Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Surveys applied during the first and last medical appointments were assessed. Data were typed into an Excel spreadsheet databank and assessed by McNemar and Wilcoxon's tests using SPSS Software. Among the 89 users attended, 80 (90%) adhered to the care model and 44 (49%) showed better levels of asthma control ($p=0.001$). Only 4 (5%) were also monitored by a pulmonologist. The users' families (19 vs. 80) began using a written plan of action to treat symptoms and more users made use of inhaled corticosteroids (14 vs. 61), thus showing better results ($p=0.001$ for both). The reduction in emergency visits (127 vs. 39) and hospitalizations due to asthma (14 vs. 1) after the intervention was also significant ($p<0.001$ for both). The 89 users were attended by a dentist, where 64% required additional dental exams and 40% received

¹ Médica de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Especialista em Saúde Pública (UFRGS). Coordenadora da Atenção à Saúde da Gestante, da Criança e do Programa da Asma do SSC-GHC. E-mail: mluciamlenz@gmail.com.

² Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica (UNASUS-SC). Coordenadora do Programa da Asma do SSC-GHC.

³ Odontólogo SSC-GHC, Especialista em Saúde Coletiva e da Família, Mestre em Clínica Odontológica: Odontopediatria e Doutorando em Saúde Bucal Coletiva no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

⁴ Enfermeira do SSC-GHC. Coordenadora do programa da Asma do SSC-GHC.

⁵ Médico de Família e Comunidade. Especialista em Saúde Pública. Coordenador do Monitoramento e Avaliação do SSC - GHC.

atendidos pelo dentista, sendo que 64% necessitavam de revisão odontológica e 40% receberam algum tipo de tratamento odontológico. Os resultados sugerem boa adesão ao modelo de atendimento sequencial, maior qualificação da atenção, melhor controle da asma e redução de idas à emergência e de hospitalizações.

PALAVRAS-CHAVE: Asma; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde.

some sort of oral treatment. The results suggest good adherence to the sequential care model, higher quality in health care, better asthma control, and a decrease in emergency visits and hospitalization.

KEYWORDS: Asthma; Patient Care Team; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é composto por doze Unidades de Saúde (US) de Atenção Primária à Saúde (APS) localizadas no município de Porto Alegre/RS. Possui uma população aproximada de 100.000 habitantes e, juntamente com quatro hospitais, forma o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O SSC presta, atualmente, mais de 50.000 atendimentos mensais, com uma resolatividade ambulatorial em torno de 92% das consultas.¹ As equipes de saúde que atuam nesse serviço correspondem a 39 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, além da equipe médica, odontológica e de enfermagem, as US contam com assistentes sociais e psicólogos. Os núcleos de farmácia, nutrição, terapia ocupacional e psiquiatria também estão presentes, atuando na lógica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Apesar da multiprofissionalidade das equipes de saúde, existe forte tendência em centralizar o cuidado na figura do profissional médico, agravada por questões culturais da sociedade brasileira, que ainda valoriza mais o tratamento das doenças em detrimento de ações de prevenção e promoção à saúde. Sendo assim, diferentes atores de equipes de saúde multiprofissionais precisam questionar e discutir continuamente os seus papéis na construção conjunta de estratégias que promovam um cuidado integral e humanizado dos indivíduos e suas famílias.

Conforme descrito na literatura, a atenção centrada na consulta médica de curta duração não dá conta de prover cuidados adequados às condições agudas e crônicas, não se mostra viável em manejar as múltiplas condições de saúde de acordo com as evidências disponíveis, não sendo, assim, capaz de prover interações produtivas entre os médicos e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.² Para contornar essas questões, Mendes cita a estratégia de complementação, ou seja, que várias tarefas poderiam ser desempenhadas, com vantagens, por outros profissionais integrados em uma equipe de APS,

retirando-as da responsabilidade de uma consulta médica de curta duração.² Vários estudos evidenciam resultados favoráveis da prática em equipe, tanto na satisfação dos usuários e profissionais, quanto na qualificação profissional, na qualidade da atenção e no controle das condições crônicas, como a asma.³

Na Atenção Primária à Saúde, a asma encontra-se entre os 20 principais motivos de consulta^{4,5} e, conforme dados do DATASUS, em 2011, foi a quarta causa de internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com, aproximadamente, 160 mil hospitalizações ao ano em todas as idades.^{6,7} No SSC, a asma encontra-se entre os primeiros motivos de consulta e há dez anos é a principal causa de internação entre os usuários menores de 19 anos.^{8,9} Ao mesmo tempo, a asma é considerada uma Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), ou seja, aquela em que a atenção ambulatorial efetiva e a tempo pode evitar internações, prevenir e tratar precocemente a enfermidade aguda ou controlar a enfermidade crônica.^{10,11} O controle da asma, assim como de qualquer doença crônica, envolve ações educativas, promoção do autocuidado, acompanhamento contínuo e ainda dispensação de medicamentos inalatórios, inclusive os de uso contínuo e de difícil adesão,¹² ações estas que poderiam ser mais bem desempenhadas a partir de um cuidado integrado e multiprofissional.

Mendes descreve dois modelos de cuidado compartilhado: a consulta multiprofissional compartilhada, ou seja, uma consulta para um grupo de usuários que apresentam o mesmo problema, com a participação de profissionais de diferentes formações, e as consultas sequenciais, quando o indivíduo compartilha suas experiências com profissionais de diferentes formações, que dividem as informações a serem dadas ao indivíduo.³ As consultas sequenciais com profissionais de mais de uma categoria são indicadas para portadores de doenças crônicas como a asma e foi a estratégia escolhida para o presente estudo, por várias razões observadas na prática: crianças ficam

dispersas e impacientes em grupo, dispersando, também, os seus pais; a asma é uma doença variável e com muitas particularidades e dificuldades diversas para o seu manejo, e usuários que mais precisam de atenção tendem a não aderir à participação em atividades educativas em grupo. Outra razão importante na escolha desse modelo de atenção para crianças e adolescentes com asma foi a necessidade evidenciada de estimular a realização de consultas individuais com profissionais não médicos. Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi o de avaliar um novo modelo de atenção compartilhado, incluindo consultas de enfermagem, farmacêutica e odontológica, para a promoção de uma assistência mais qualificada e eficaz no controle da asma e na redução de morbidade.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho descreve a metodologia da intervenção – planejamento do modelo de atendimento e as consultas sequenciais em si – e a metodologia de avaliação utilizada para avaliar a intervenção.

Planejamento de um modelo sequencial de atendimento

Procurou-se seguir as recomendações encontradas na literatura, tais como planejamento prévio às atividades, estabelecimento de objetivos definidos, divisão clara do trabalho de cada profissional, atividades de educação e comunicação permanente dos profissionais envolvidos.³ A proposta de atendimento sequencial foi apresentada em reunião de Equipe para todos os profissionais da US Sesc do SSC, responsáveis por uma população de 5.466 usuários, em que 33% das mães não completaram o primeiro grau e 42% apresentam renda familiar inferior a 1 salário mínimo.¹

O planejamento prévio incluiu uma revisão das ações que contribuem para um melhor controle da asma, entre elas: programas estruturados que realizam vigilância em saúde; condutas clínicas baseadas em evidências; consultas regulares; ações educativas e a utilização de um plano de ação escrito para ser usado pela família, na presença de sintomas. Em relação especificamente ao conteúdo das ações educativas, os consensos recomendam: explicação da fisiopatologia básica, de como agem os medicamentos, da importância da adesão ao tratamento, da técnica inalatória adequada e de como seguir um plano de ação prescrito.^{7,13,14,15,16}

Os objetivos em oferecer consultas sequenciais às crianças e adolescentes com asma centraram-se em: diagnosticar e manejar a asma; revisar e enfatizar a importân-

cia do autocuidado e o seguimento de um plano de ação escrito; auxiliar as famílias para melhor compreensão da doença, de seu manejo e dos efeitos dos medicamentos; promover saúde bucal, evitar e controlar as alterações bucais associadas à asma; propiciar diferentes espaços para expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas; aumentar a satisfação das pessoas usuárias com o cuidado coletivo recebido e dos profissionais com os resultados alcançados; prevenir ou minimizar as reagudizações de asma; evitar idas à emergência e internações desnecessárias.

Foi desenvolvido um piloto objetivando testar previamente o modelo das consultas sequenciais que seria aplicado ao longo de um ano, de modo que dificuldades encontradas pudessem ser contornadas antes da realização da intervenção. Nesse piloto, foram agendadas oito crianças, para horários sequenciais de quinze minutos com profissionais das quatro diferentes categorias (médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista), seguidos de uma atividade coletiva multiprofissional. Compareceram 6 das 8 crianças agendadas para a realização de todas as etapas do atendimento sequencial. No final do turno de atendimento, a equipe de saúde envolvida com a participação da mãe de uma criança atendida e dos agentes comunitários reuniu-se e avaliou o processo.

Metodologia aplicada às consultas sequenciais propriamente ditas

As famílias foram contatadas e convidadas pelos agentes comunitários de saúde para atendimentos individuais com quatro diferentes profissionais, que deveriam repetir-se em intervalos mínimos de 3–4 meses, conforme preconizado por Mendes,³ coincidentemente a mesma regularidade preconizada para pacientes com asma.^{16,13} Na primeira consulta, as crianças passaram, de forma sequencial, pela médica de família e comunidade, enfermeira, farmacêutica e odontólogo, sempre nessa ordem. Os profissionais registraram os principais aspectos da consulta e/ou fizeram um breve relato verbal para o próximo profissional, ao conduzirem a criança e o familiar para a próxima sala de atendimento. Em alguns momentos, os residentes médicos, de odontologia e de enfermagem acompanhavam as crianças e familiares durante toda a seqüência de consultas, contribuindo com informações que poderiam ser enfatizadas e auxiliando na integração dos atendimentos.

A consulta médica centrava-se em: confirmar o diagnóstico de asma; avaliar o nível de controle da doença; identificar os fatores que pudessem estar relacionados com o possível descontrole da asma; pactuar e instituir

tratamento medicamentoso, explicando, rapidamente, a diferença entre os dois grupos de medicamentos; orientar o seguimento de um plano de ação escrito e encaminhar para pneumologista, quando necessário e conforme interesse da família. O plano de ação escrito foi elaborado por profissionais da APS, de forma conjunta com os pneumologistas de referência do GHC, e foi avaliada previamente a sua utilização por mães de crianças do território do SSC.¹⁷

Quando as crianças estavam expostas ao tabagismo passivo de algum familiar, abordou-se sobre o seu efeito em desencadear crises, torná-las mais graves e reduzir a efetividade do tratamento. Além dessas informações, foi entregue um folder explicativo sobre os danos do tabagismo passivo e oferecido acompanhamento médico na US para cessar o tabagismo.

A consulta do enfermeiro centrava-se em: ter uma atitude de escuta empática, identificar e esclarecer dúvidas e as principais dificuldades apontadas pela criança e família para o tratamento da asma. Procurou-se entender a percepção do familiar sobre a doença e de como se sentia em relação a ela. As informações centraram-se na diferença entre inflamação e broncoespasmo, nas diferenças entre os medicamentos – anti-inflamatórios e broncodilatadores –, na identificação precoce dos sintomas, na explicação de que a inflamação é um processo de longa duração e na revisão do plano de ação. Material ilustrado com a via respiratória e a diferença entre um brônquio normal, um com broncoespasmo e inflamação foi utilizado. O enfermeiro procurou, também, estar atento à saúde da criança e de sua família, de forma integral, à necessidade de imunizações, de consultas com psicólogo, assistente social ou outro profissional da US.

A consulta com o farmacêutico centrava-se em: revisar toda a prescrição médica com o familiar e/ou criança, avaliar o entendimento e responder às dúvidas em relação ao uso dos medicamentos e espaçador, ressaltando a importância do seu uso e sua higienização. Explicou-se a diferença entre o espaçador artesanal e o valvulado, estimulando a compra desse último. A técnica inalatória era sempre observada e os aspectos necessários, corrigidos. Enfatizou-se, ainda, a importância da adesão, corresponsabilidade e das consultas de acompanhamento. O material instrucional utilizado – o verso do material da enfermagem – apresentava uma imagem do jato de um medicamento inalatório e a diferença na quantidade de medicamento que chega até o pulmão com e sem o uso de espaçador.

O odontólogo realizava anamnese, exame clínico odontológico completo e atentava para a importância de hábitos saudáveis e para os fatores de risco para as do-

enças bucais dos asmáticos.⁸ O risco em saúde bucal era avaliado da seguinte maneira: R0 (sem necessidades de tratamento), R1 (apenas uma necessidade clínica e sem atividade de doença), R2 (mais de uma necessidade clínica e sem atividade de doença) e R3 (com atividade de doença). Se possível, o tratamento já era iniciado na primeira consulta sequencial e, conforme necessidade, agendou-se o seguimento do tratamento ou uma consulta de manutenção. O técnico em saúde bucal orientava as crianças e os familiares para os cuidados preventivos e de higiene bucal, supervisionando uma escovação e o uso correto do fio dental.

A partir do primeiro atendimento sequencial, o odontólogo oferecia um calendário de acompanhamento específico, de acordo com as necessidades em saúde bucal da criança e disponibilidade da família. Em relação à asma, nos atendimentos seguintes à primeira consulta, médica, enfermeira e farmacêutica atendiam juntas e cada uma reforçava e explicava algum aspecto ou o mesmo aspecto de forma diferente. Durante essas consultas subsequentes, era possível ajustar tratamento, identificar e reforçar aspectos não bem entendidos e corrigir falhas na técnica inalatória, bem como estimular o acompanhamento odontológico.

No final do turno de atendimento, ocorria uma breve reunião dos profissionais para avaliação dos atendimentos, identificação dos absenteísmos, troca de informações sobre a compreensão e adesão ao tratamento, novos ajustes e combinação de quem seria chamado para o próximo atendimento.

Metodologia de avaliação dos resultados

Realizou-se um estudo retrospectivo analítico longitudinal, com base nos registros de prontuários e Sistema de Informação em Saúde (SIS) do GHC. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC.

A avaliação ocorreu a partir dos questionários (Figura 1) preenchidos durante as consultas e anexados aos prontuários e do registro de consultas no SIS do GHC referentes ao histórico de idas da criança à emergência, ao ambulatório de pneumologia, à US e hospitalizações por asma. Durante a primeira e, depois, na terceira ou quarta consulta da criança, a médica preencheu junto com o familiar um questionário padronizado com informações referentes à presença de tabagistas morando na mesma casa da criança, utilização de um plano de ação para tratamento dos sintomas, percepção do familiar de seu conhecimento sobre asma e os medicamentos, bem como situação do acompanhamento odontológico. Esse questionário

incluiu, ainda, o questionário padronizado ACT,¹⁸ que é considerado responsivo às intervenções terapêuticas e útil no monitoramento do controle da asma.⁷ Após a consulta com o dentista, esse questionário era completado com as informações de risco em saúde bucal que se traduziam na necessidade ou não de algum tipo de tratamento odontológico.

Após um ano de acompanhamento, completou-se a avaliação com a identificação no SIS do GHC do número de consultas na emergência e internações por asma em

um período de um ano, anterior e posterior ao início do acompanhamento sequencial. As informações foram registradas em um banco de dados em excel e testes estatísticos (McNemar e Wilcoxon) foram aplicados para identificar significância estatística ($p < 0,05$). A avaliação foi complementada por meio de depoimentos dos usuários e dos profissionais durante todo o processo desse cuidado coletivo, além de avaliações escritas por residentes de enfermagem, odontologia e de medicina, que acompanharam as consultas.

Figura 1 - Questionários preenchidos durante a primeira e após a terceira ou quarta consulta.

Questionário ASMA



Nome da criança: _____ Idade: _____
 Nome do familiar que está preenchendo: _____
 Número de prontuário da família na Unidade de Saúde: _____
 Data do preenchimento: _____

1. Controle da ASMA (ACT)

No último mês, quantas vezes a asma impediu o seu filho de fazer tudo que queria na escola ou em casa?

Sempre 1	A maior parte do tempo 2	Algum tempo 3	Um pouco 4	Nunca 5
-------------	-----------------------------	------------------	---------------	------------

No último mês, quantas vezes seu filho teve falta de ar?

Mais de uma vez ao dia 1	Uma vez ao dia 2	De 3 a 6 vezes por semana 3	1 ou 2 vezes por semana 4	Nunca 5
-----------------------------	---------------------	--------------------------------	------------------------------	------------

Durante o último mês, quantas vezes os sintomas de asma (tosse, falta de ar, chiado, aperto ou dor no peito) acordaram o seu filho durante a noite, ou mais cedo que o normal pela manhã?

4 ou mais noites por semana 1	2 a 3 vezes por semana 2	Uma vez por semana 3	Uma ou duas vezes 4	Nunca 5
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------	------------------------	------------

No último mês, quantas vezes seu filho precisou usar o medicamento da crise (salbutamol - “bombinha”)?

3 ou mais vezes ao dia 1	De 1 a 3 vezes ao dia 2	De 2 a 3 vezes por semana 3	1 vez por semana ou menos 4	Nunca 5
-----------------------------	----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------

Como você avalia o controle da asma de seu filho no último mês?

Muito mal controlada 1	Mal controlada 2	Um pouco controlada 3	Bem controlada 4	Completamente controlada 5
---------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	-------------------------------

Se obteve 19 pontos ou menos, é possível que a asma de seu filho não esteja tão bem controlada como poderia.

2. Problema que interfere no controle da asma

Quantas pessoas fumam na casa em que seu filho mora?	
--	--

3. Uso de plano de ação para manejar sintomas

Vocês conseguem utilizar o plano de ação na hora em que seu filho está com sintomas de asma?	Sim, utilizo sempre e entendi bem.	Não utilizo muito, não entendi bem.	Não tenho esse plano de ação em casa.
--	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

4. Conhecimento sobre asma

O que você conhece sobre a doença asma?	0 Nada	1 Quase nada	2 Muito pouco	3 Pouco	4 Bem	5 Muito bem
---	-----------	-----------------	------------------	------------	----------	----------------

5. Conhecimento sobre os medicamentos

Vocês conhecem quais as diferenças entre os <i>sprays</i> (as bombinhas) salbutamol (usado nas crises) e a beclometasona ou budesonida (usada diariamente)? Sabem para que servem um e outro?	Sim, conheço as diferenças.	Conheço um pouco.	Não conheço as diferenças entre um e outro <i>spray</i> .
Como você maneja os medicamentos inalatórios (<i>sprays</i> /bombinhas) e os espaçadores?	Muito bem.	Mais ou menos, mas com dúvidas.	Ainda tenho muitas dificuldades e dúvidas.

6. Acompanhamento em saúde bucal

Última consulta com o dentista	0 Nunca consultou com o dentista.	1 Última consulta foi há mais de 1 ano.	2 Última consulta foi ainda este ano.
--------------------------------	--------------------------------------	--	--

7. Risco em saúde bucal

Avaliação risco em saúde bucal	0 Sem necessidades de tratamento.	1 Apenas uma necessidade clínica e sem atividade de doença.	2 Mais de uma necessidade clínica e sem atividade de doença.	3 Com atividade de doença.
--------------------------------	--------------------------------------	--	---	-------------------------------

Fonte: dados da pesquisa.

RESULTADOS

Foram atendidos, entre dezembro de 2011 e janeiro de 2013, 89 usuários com asma, em consultas sequenciais multiprofissionais. A idade dessas crianças variou de 04 meses a 15 anos de idade e a mediana foi de 5 anos. Entre as 89 crianças, 9 realizaram apenas duas consultas e 80 (90%) realizaram três ou mais consultas. Entre as 9 que realizaram apenas 2 consultas, 4 estavam sendo acompanhadas também por pneumologistas, 3 mudaram de endereço, 1 não era moradora do território da área de abrangência da US e 1 recusou continuar o tratamento medicamentoso. Entre as 4 crianças acompanhadas por pneumologistas, apenas uma apresentava critério clínico para tal, no entanto, o vínculo estabelecido e a confiança no profissional foram motivos para estimular a permanência das crianças no nível secundário de atenção à saúde.

As 89 crianças foram avaliadas pela equipe de saúde bucal. Destas, 30 (34%) nunca haviam consultado com dentista, 28 (31%) haviam consultado há mais de 1 ano e 31 (35%), há menos de 1 ano. Em relação ao risco em saúde bucal, 53 (60%) não apresentavam necessidade de tratamento odontológico (R0), 17 (19%), apenas uma necessidade clínica e sem atividade de doença (R1), 2 (2%), mais de uma necessidade clínica e sem atividade de doença (R2) e 17 (19%) apresentaram doença ativa, cárie e/ou gengivite (R3). Algumas foram tratadas no primeiro atendimento sequencial e todas foram encaminhadas para seguimento: tratamento ou manutenção bucal.

Os resultados a seguir referem-se àquelas que realizaram um mínimo de 3 consultas com intervalo mediano de 3 meses.

Em relação ao nível de controle da asma, observa-se que o percentual de usuários com asma controlada no pri-

meiro e após o terceiro ou quarto atendimento foi de 51% e 100%, respectivamente, evidenciando um melhor controle da asma de forma significativa ($p < 0,001$). A utilização de corticoide inalatório, inicialmente em 16%, foi modificada, pois, durante o acompanhamento, mais de 60% das crianças ($p < 0,001$) receberam corticoide inalatório, chegando a um percentual de utilização de 76%. As crianças seguiam um plano de ação escrito para tratamento dos sintomas em 21% dos casos e, após intervenção, 100% passaram a utilizá-lo ($p < 0,001$). No entanto, o percentual de crianças expostas ao tabagismo, ou seja, que moravam com um ou mais fumantes, permaneceu em torno de 60% ($p = 1,00$). Apenas 2 crianças – irmãs – tiveram redução no número de fumantes dentro de casa, mas em função de separação dos pais.

A percepção do familiar referente ao seu conhecimento sobre asma foi modificada: responderam nada ou quase nada de conhecimento em 16% e 0%; pouco ou muito pouco conhecimento em 56% e 14% e bem ou muito bem em 27% e 87%, em relação ao primeiro e terceiro ou quarto atendimentos respectivamente. A percepção do familiar referente ao seu conhecimento sobre os medicamentos utilizados para tratamento da asma foi modificada. Em relação ao conhecimento sobre a diferença entre os *sprays*, broncodilatador e corticoide inalatório, no primeiro e terceiro ou quarto atendimento, respectivamente: 6% e 81% referiram que conhecem a diferença, 31% e 13%, que conhecem pouco e 63% e 6%, que conhecem pouco. Em relação ao conhecimento sobre a técnica inalatória, no primeiro e terceiro ou quarto atendimento, respectivamente: 28% e 98% referiram que conhecem muito bem, 36% e

2% conhecem, mas com dúvidas, e 36% e nenhum referiram apresentar muita dificuldade.

O número de idas à emergência nos hospitais do GHC, avaliado a partir do histórico de consultas do paciente no SIS do GHC, evidenciou que as 89 crianças somavam 127 e 39 consultas, no ano anterior ao primeiro e ao terceiro ou quarto atendimento, respectivamente, evidenciando redução, tanto no número total de consultas na emergência ($p < 0,001$), como na redução de crianças que deixaram de consultar na emergência ($p = 0,005$). Da mesma forma, o número de internações por asma foi de 14 e 1 internação antes e após intervenção, com as mesmas reduções significativas ($p = 0,005$ e $p < 0,001$). A única internação após intervenção ocorreu logo após o primeiro atendimento sequencial.

Durante o período de consultas sequenciais, 2 graduandos da medicina e 12 médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do SSC acompanharam as consultas sequenciais. Por meio de avaliação escrita sobre o período de estágio, depoimentos contribuíram para a avaliação da experiência: “percebi a importância do olhar de diferentes profissionais sobre a mesma patologia – é a personificação do conceito de interdisciplinaridade. A ênfase de cada profissional é fundamental para que o paciente simplifique e compreenda, de forma geral, a asma”. A partir da experiência, alguns residentes sentiram-se estimulados e estabeleceram parcerias nas unidades de saúde de sua atuação e realizaram ações de vigilância à saúde de crianças com asma e com excelentes resultados.^{19,20}

Tabela 1 - Resultados anteriores e após a realização de consultas sequenciais multiprofissionais na US Sesc do SSC na amostra total de crianças com asma acompanhadas durante o ano de 2012.

Primeiro atendimento (89)	No 3º ou 4º atendimento (80)
Nível de controle da asma (ACT)	
Asma controlada em 45 (51%)	Asma controlada em 80 (100%)
Asma não controlada 44 (49%)	Asma não controlada – 0
	$p = 0,001$
Utilização de corticoide inalatório	
Utilizando CI - 14 (16%)	Utilizaram corticoide inalatório - 61 (76%)
Não utilizando - 75 (84%)	Não utilizaram - 19 (24%)
	$p = 0,001$

Plano de ação escrito

Seguindo plano de ação escrito - 19 (21%)
 Não seguindo plano de ação escrito - 70 (79%)

Seguindo plano de ação escrito - 80 (100%)
 Não seguindo - 0
 p=0,001

Exposição ao tabagismo

Crianças que coabitam com fumantes - 54 (61%)
 Com apenas 1 fumante - 37 (42%)
 Com dois ou mais fumantes - 17 (19%)

Crianças que coabitam com fumantes - 48 (60%)
 Com apenas 1 fumante - 35 (44%)
 Com dois ou mais fumantes - 13 (16%)
 p=1,00

Percepção do conhecimento sobre asma

Nada ou quase nada - 15 (16%)
 Pouco ou muito pouco - 50 (56%)
 Bem ou muito bem - 24 (27%)

Nada ou quase nada - 0
 Pouco ou muito pouco - 11 (14%)
 Bem (71%) ou muito bem (15%) - 70 (87%)

Percepção do conhecimento sobre os medicamentos inalatórios:

Diferença entre os dois tipos de sprays

Conhece - 5 (6%)
 Conhece pouco - 28 (31%)
 Não conhece - 56 (63%)

Conhece - 65 (81%)
 Conhece pouco - 10 (13%)
 Não conhece - 5 (6%)

Técnica inalatória

Conhece muito bem - 25 (28%)
 Com dúvidas - 32 (36%)
 Com muita dificuldade - 32 (36%)

Conhece muito bem - 78 (98%)
 Com dúvidas - 2 (2%)
 Com muita dificuldade - 0

Acompanhamento com pneumologista

Crianças acompanhadas por pneumologista - 4 (5%)

Crianças acompanhadas por pneumologista 4 (5%)

Acompanhamento em Saúde Bucal

Nunca consultado com dentista - 30 (34%)
 Consultaram há mais de 1 ano - 28 (31%)
 Consultaram há menos de 1 ano - 31 (35%)

100% consultaram com equipe de saúde bucal e 40% receberam algum tipo de tratamento.

Idas à emergência do GHC no ano anterior

127 consultas na emergência

39 consultas na emergência
 p=<0,001 (Wilcoxon) p=0,035 (McNemar)

Internações por asma no ano anterior

14 internações

1 internação
 p= 0,005 (Wilcoxon) p<0.001 (McNemar)

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A atenção coletiva, mesmo no modelo de consultas sequenciais, requer planejamento prévio e forte integração entre os profissionais. A aplicação de um piloto, com dois dias de atendimento, mostra-se extremamente útil para ajustes dos objetivos e conteúdo de cada consulta, como forma de otimizar os tempos e respeitar o jeito de atender e o ritmo de cada profissional. Ouvir o usuário após os primeiros atendimentos também foi fundamental e estimulou a equipe para dar continuidade e aprimorar o processo.

A adesão dos usuários foi de 90%, considerada excelente, principalmente tratando-se de famílias percebidas pela Equipe como de alta vulnerabilidade social e econômica e inseridas em microáreas de intenso tráfico de drogas, sendo esta, muitas vezes, a fonte de renda para diversas famílias. Evidentemente que a estratégia de busca ativa pelos ACS foi necessária e a equipe procurou facilitar o acesso, concentrando os atendimentos no final do turno, não exigindo rigidez de horário, fazendo contatos telefônicos, respeitando o horário de trabalho dos pais, trocando o turno inicial de atendimento que coincidia com o dia de visita ao presídio e realizando visita domiciliar junto com os ACS em situações mais resistentes.

Com a concepção de saúde se expandindo à esfera social, podemos entender que saúde está relacionada ao contexto social, cultural, socioeconômico. Além dessas variáveis que podem ser determinantes, podemos agora pensar o indivíduo não mais como desarticulado do seu meio, mas como fundante deste meio, que ao mesmo tempo o constitui, e é constituído por ele. A doença já não é mais o foco, mas a saúde, o indivíduo, tendo em vista que esse indivíduo é multideterminado, pois ele vive num determinado contexto, participa de uma comunidade específica, tem costumes característicos daquele ambiente e é afetado pelo meio ambiente e pelas pessoas. Esse é o sujeito de que se pretende dar conta, não da doença que o atinge, tendo em vista que ela é decorrente muitas vezes da sua história de vida, dos hábitos alimentares, dentre outros fatores, para “tratar” a doença tem que se fazer a contextualização desse sujeito.^{21,2}

A asma é considerada uma condição sensível à APS e existem fortes evidências de que as pessoas com asma devem ser assistidas em serviços de atenção primária, com profissionais capacitados para o manejo adequado da asma.¹³ De certa forma, o resultado de que 95% não pre-

encheram critérios para encaminhamento ao especialista reforça a importância de uma atenção primária qualificada e resolutive. Apenas 5% das crianças permaneceram sendo acompanhadas pelo pneumologista, mais por questões de vínculo e interesse da família do que propriamente critérios clínicos estabelecidos.

Um significativo número de crianças apresentava asma não controlada (49%) no primeiro atendimento, utilizando-se critérios bem objetivos, como o questionário *Asthma Control Test* (ACT), validado para o português e considerado sensível para a avaliação do controle da asma, em uma amostra de pacientes ambulatoriais no Brasil, com baixa escolaridade e atendida no Sistema Único de Saúde.²² Em um estudo realizado por Turner, mostrou-se que o custo direto da asma (utilização de serviços de saúde e medicamentos) foi o dobro entre pacientes com asma não controlada em relação àqueles com asma controlada.²³ A falta de controle da asma é o maior componente relacionado à utilização dos serviços de saúde para consultas extras, idas à emergência e internações.⁷ Especificamente para a asma, a regularidade do acompanhamento é considerada essencial.¹³ Entretanto, estudo realizado em Recife – PE demonstrou que, de um total de 169 crianças e adolescentes internados por asma, 67% foram atendidos exclusivamente em serviços de urgência, no período entre crises. Apesar de haver encaminhamento médico para atendimento ambulatorial após internação em 53,3% dos casos, apenas 16% dos pacientes efetivamente frequentavam um ambulatório específico de asma, para tratamento preventivo.²⁴

Segundo a literatura, o não controle da asma relaciona-se, também, ao baixo uso de corticoide inalatório e à não utilização de um plano de ação escrito para manejo dos sintomas.¹³ Resultados encontrados durante o primeiro atendimento da consulta sequencial reforçam essa afirmação. Além dessa correlação, observou-se a necessidade de se enfatizarem critérios para a prescrição de corticoide inalatório nas atividades de educação permanente dos profissionais do SSC. Dados de literatura se referem à utilização de 53% (Reino Unido) a 80% (Finlândia) de corticoide inalatório entre crianças e adolescentes com asma,²⁵ resultados intermediários no presente estudo, após um ano de acompanhamento e seguindo os critérios recomendados nos principais consensos de asma.^{7,13,14,15}

Impressionou o número de crianças expostas ao tabagismo, responsável pela ocorrência de crises mais frequentes e mais severas, embora resultados semelhantes tenham sido encontrados em outros estudos brasileiros.^{26,27} A estratégia de alertar sobre a relação do tabagismo passivo e doenças respiratórias na infância, além de entregar um material instrucional, não mostrou resultado no sentido

de cessar o tabagismo, embora se tenha observado relato de pais que deixaram de fumar dentro de casa.

O conhecimento sobre asma, avaliado por meio da percepção da família, também melhorou, nos diferentes aspectos pesquisados, tanto no conhecimento sobre asma, de um modo geral, quanto na diferença entre os diferentes tipos de *sprays* para tratamento dos sintomas e controle da asma. A técnica pareceu ser realizada com maior segurança e a sua observação em cada consulta mostrou ser necessária, pois se percebeu uma distância clara entre o entendimento e a execução adequada. Observamos, embora não quantificando, que mesmo tratando-se de usuários com poucos recursos financeiros, muitos adquiriram espaçadores valvulados (dispositivo que contribui para a melhora na técnica inalatória) não disponíveis na rede pública, o que pode relacionar-se, também, a uma maior conscientização e cuidado na realização de um manejo adequado. O objetivo da educação em asma é permitir que a criança e sua família adquiram conhecimento, confiança e habilidade suficientes para assumirem o papel principal no manejo de sua doença. O automanejo guiado da asma reduz a morbidade, tanto em adultos quanto em crianças.⁷

Alguns programas brasileiros já demonstraram redução de idas à emergência e internações por asma, mesmo sem utilizarem a estratégia de consultas sequenciais, no entanto, todos enfatizam a importância da multidisciplinaridade, objetivos claros, educação em saúde e a importância de se ampliarem os investimentos em capacitação, assistência farmacêutica e pesquisas operacionais.⁷

Um número crescente de evidências decorrentes de estudos clínicos ou epidemiológicos sugere um aumento significativo de alterações bucais em crianças asmáticas. Essas ocorrências patológicas incluem aumento da prevalência de cárie dentária, defeitos de esmalte, gengivite, maloclusões, candidíase bucal e alterações na composição e fluxo salivares. No entanto, ainda há dificuldades em esclarecer a razão principal pela qual essas alterações bucais acontecem, ou seja, se estão relacionadas somente com o complexo mecanismo de atuação dos diversos fármacos (dispositivos e via de administração, dose, composição e frequência) ou se estão associadas com os fatores etiopatogênicos da asma e das próprias doenças bucais.^{28,8} Porém os pesquisadores reconhecem os impactos que essas doenças trazem para a qualidade de vida e inserção social dos pacientes, como, por exemplo, o absentismo escolar relacionado à asma e/ou dor de dente, e por isso há a necessidade de tratamento e cuidados preventivos adequados pela família e equipe de saúde,^{29,30} tais como o modelo de consulta sequencial com inclusão da saúde bucal apresentado no presente trabalho.

Embora não quantificada, a equipe pôde perceber, na

prática, a satisfação gerada com o trabalho compartilhado e a importância de seguir uma rotina escrita e atualizada. A equipe percebeu a variabilidade da asma e a necessidade de acompanhar a criança com regularidade, tanto para reajuste de doses, correção de técnica inalatória, quanto para conseguir, de forma mais adequada, interferir nos inúmeros aspectos que influenciam na descompensação da doença e adesão ao tratamento, não só individuais como, principalmente, familiares e sociais.⁸

Estudos controlados seriam necessários para avaliar melhor a estratégia de consultas sequenciais para crianças e adolescentes com asma nos serviços de APS, além de outras ações que contemplem facilitação de acesso, qualificação da atenção baseada em evidências, equidade e longitudinalidade.

CONCLUSÃO

Durante este ano de acompanhamento, as crianças receberam um atendimento integral, aderiram ao modelo de consultas sequenciais, passaram a utilizar um plano de ação escrito, aprenderam sobre sua doença e manejo e tiveram sua asma mais bem controlada. A inclusão da consulta odontológica permitiu que um número significativo de crianças que necessitavam revisão de sua saúde bucal e tratamento odontológico passasse a ser acompanhado. Observou-se uma redução significativa de idas à emergência e de internações por asma, comparando-se o ano anterior e posterior ao primeiro atendimento sequencial, tanto em número absoluto de consultas e internações, como em crianças que deixaram de utilizar esses serviços. A partir dos resultados, pode-se concluir que o atendimento sequencial parece ser uma alternativa de busca ativa e acompanhamento da asma e saúde bucal de crianças e adolescentes, de forma qualificada e integral, na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Monitoramento e avaliação: relatório de avaliação. 2010.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

4. Takeda SMP. Organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliane ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de APS baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2006.
5. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a classificação internacional de atenção primária [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações em saúde [Internet]. 2011 [Acesso em 2012 abr. 2]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
7. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma. Brasília: JBP; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da criança e adolescente com asma [Internet]. 2011 [Acesso em 2012 mar. 20]. Brasília: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/livrorotinaasma2011.pdf>>.
9. Lenz MLM, Flores R, Pires NV, Stein AT. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de atenção primária. Rev Bras Saúde Fam. 2008; 9(18):7-13.
10. Billings J, Anderson G, Newman L. Recent findings on preventable hospitalization. Milwood: Health Affairs; 1996.
11. Casanova C, Starfield B. Hospitalization of children and access to primary care: a cross national comparison. Westport: International Journal of Health Services; 1995.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 709, de 17 de dezembro de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Asma [Internet]. 2010 [Acesso em 2012 abr. 19]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_asma.pdf>.
13. British Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the Management of Asthma: a National Clinical Guideline [Internet]. 2011 [Acesso em 2012 ago. 20]. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign101.pdf>>.
14. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2012 [Acesso em 2012 maio 16]. Disponível em: <<http://www.ginasthma.org/guidelines-gina-report-global-strategy-for-asthma.html>>.
15. Lougheed MD, Lemière C, Dell SD, Ducharme FM, Gerald JMF, Leigh R, et al. Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum/2010. Consensus Summary for children six years of age and over and adults. Can Respir J. 2010; 17(1):15-24.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Lenz MLM, Villela MP, Silva PRS, Dubois F, Camillo E, Pires NBV. A ilustração como tecnologia de apoio a programas de saúde: a percepção dos familiares de crianças com asma. Rev Bras Saúde Fam [Internet]. 2010 [Acesso em 2013 abr. 10]; 11(26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia26.pdf>.
18. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. J Allergy Clin Immunol. 2004; 113(1):59-65.
19. Lenz MLM. A prática da vigilância à saúde na formação do médico de família e comunidade (MFC). BIS. 2012 set.; 170.
20. Galinatti PE. Vigilância à saúde das crianças e adolescentes com asma da US Santíssima Trindade. BIS. 2012 dez.; 171.
21. Ribeiro GM, Liberato MLDA, Costa MSA. Saúde: uma questão de determinantes sociais [Internet]. 2012 [Acesso em 2012 out. 20]. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPS/125.%20sa%20DAde%20uma%20quest%C3o%20de%20determinantes%20sociais.pdf>.
22. Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, D'Oliveira Júnior A, Cruz AA. Validação do teste de controle da asma em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol. 2010; 36(2):159-66.
23. Turner MO. Inhaled corticosteroids and pneumonia in COPD: an association looking for evidence. Am J Respir Crit Care Med. 2008; 177(5):555-6.

24. Lasmar L, Goulart E, Sakurai E, Camargos P. Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. *Rev Saúde Pública*. 2002 ago.; 36(4):409-19.
25. Sarinho E, Queiroz GRS, Dias MLCM, Silva AJQ. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. *J Bras Pneumol*. 2007 jul./ago.; 33(4):365-71.
26. Del Ciampo LA, Crott GC, Almeida CAN, Ricco RG, Del Ciampo IRL, Mufalo TS. Prevalência de tabagismo no domicílio de escolares de Ribeirão Preto, SP. *Pediatria (São Paulo)* [Internet]. 2002 [Acesso em 2012 ago. 20]; 24(3/4):93-7. Disponível em: <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/UPLOAD/PDF/560.PDF>>.
27. Ache BICS, Kahan F, Fiterman J. Prevalência de sintomas de asma e tratamento de crianças e adolescentes de 2 a 14 anos no campus aproximado da PU-CRS. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2005 [Acesso em 2013 abr. 10]; 31(2):103-10. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/pesquisar_autor.asp?id=1401&autor=Bras%EDlia%20It%E1lia%20C.%20S.%20Ache>.
28. Costa AL, Xavier T. Implicações da asma na saúde oral infantil. *Acta Pediatr Port*. 2008 nov./dez.; 39(6):260-5.
29. Campanha SMA, Freire LMS, Fontes MJF. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Rev CEFAC*. 2008 out./dez; 10(4):513-19.
30. Sashikiran ND, Reddy VV, Raju PK. Effect of anti-asthmatic medication on dental disease: dental caries and periodontal disease. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007 Apr./June; 25(2):65-8.

Submissão: julho/2013

Aprovação: janeiro/2014
