

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA –PROGRAMA BHVIDA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “CRIANÇA QUE CHIA”, DO CENTRO DE
SAÚDE NAZARÉ – BELO HORIZONTE/MG



Belo Horizonte - MG

2003

TÉCNICA DE INALAÇÃO



NARA REGINA MOREIRA DE ANDRADE
ROSALBA MELBA OLAZÁBAL

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “CRIANÇA QUE CHIA”, DO CENTRO DE
SAÚDE NAZARÉ – BELO HORIZONTE/MG**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Saúde da Família – Programa
BHVida, da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Anézia M. F. Madeira

Belo Horizonte - MG

Universidade Federal de Minas Gerais

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

2003

AGRADECIMENTOS

À Dra. Anézia, pela orientação, pela paciência, pela força e carinho dedicados.

À Dra. Jussara, pelo estímulo e pelo fornecimento de material necessário à elaboração do trabalho.

À Anísia, gerente do Centro de Saúde Nazaré, pelo apoio, incentivo e por ter acreditado em nosso trabalho.

Às mães das crianças asmáticas; sem elas nossa pesquisa não seria possível.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, pela ajuda na localização da população estudada.

SUMÁRIO

Lista de Gráficos
Resumo

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. OBJETIVO.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
4. METODOLOGIA	18
4.1. CENÁRIO DE ESTUDO.....	18
4.2. POPULAÇÃO ALVO	18
4.3. COLETA DE DADOS	19
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Idade do Início da 1ª crise de asma das crianças do Programa “Criança que Chia”, C. S. Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003..... 21
- Gráfico 2 – Duração do Período de inter-crisis antes e após uso do corticosteróide inalatório, Programa “Criança que Chia”, C. S. Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003..... 24
- Gráfico 3 – Número de internações antes e após o uso do corticosteróide inalatório, Programa “Criança que Chia”, C. S. Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003..... 25
- Gráfico 4 – Adesão ao tratamento profilático da asma com o uso do corticosteróide inalatório, Programa “Criança que Chia”, C. S. Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003..... 26

RESUMO

Este estudo enquadra-se na linha quantitativa e tem como objetivo avaliar o Programa “Criança que Chia”, do Centro de Saúde Nazaré, pertencente à Regional Nordeste, de Belo Horizonte/MG. A população alvo foi constituída por 31 crianças, cadastradas no Programa, sendo que 11 tiveram alta e 20 continuam em tratamento. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas estruturadas com as mães das crianças que freqüentam o Programa. As entrevistas foram conduzidas por um questionário contendo perguntas fechadas e abertas sobre a realidade das crianças antes e após o uso do corticosteróide inalatório (CI). Os achados do estudo mostraram que a asma predomina no sexo masculino, que o início da primeira crise acontece nos primeiros anos de vida; que os fatores desencadeantes mais comuns das crises de asma são: poeira, mofo e mudanças no tempo, e que a diminuição do número de internações após o uso do CI é evidente, assim como também, este estudo nos mostrou um aumento na duração do período inter-crisis, após uso da Beclometasona. A princípio achávamos que o Programa avaliado apresentava-se desorganizado e havia pouca adesão por parte do responsável pela criança. No entanto, os achados deste estudo nos mostraram exatamente o contrário. Como forma de melhorar ainda mais a assistência prestada à criança asmática, propomos realizar reuniões com as mães ou responsáveis pelas crianças; inserir os demais membros da família no Programa; sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do Programa e reafirmar o compromisso que temos com as crianças de caminhar juntos nesta luta contra a “Doença Chiadora”.

PALAVRAS-CHAVE: Asma; Criança asmática; Tratamento.

“Todo progresso só é positivo quando inclui em suas metas o sucesso do meio social. Infelizes daqueles que, na ânsia de prosperar, atropelam os direitos dos outros, violando a lei da Integridade Universal. O caminho da verdadeira vitória é sempre árduo e cheio de surpresas desafiadoras que determinarão o desenvolvimento de nossos potenciais inatos, garantindo a evolução do nosso espírito eterno.”

Luiz Gasparetto

1. INTRODUÇÃO

A asma é a doença crônica mais comum na infância. Caracteriza-se pela alta morbidade, interferindo de forma importante na vida da criança e de sua família. É causa de faltas à escola, de distúrbios do sono e de limitação para o exercício físico, podendo afetar o desenvolvimento físico e emocional da criança e interferir na sua relação familiar e social (Alvim; Ricas, 2002).

A elevada prevalência da asma brônquica torna-se um problema de saúde pública, que assume proporções ainda maiores com aumento progressivo da doença, associado ao tratamento incorreto. Na tentativa de minimizar esta questão surgiram os Consensos que representam uma sistematização, principalmente de aspecto relativo à terapia, possibilitando que grande parte dos pacientes seja tratada em nível de atenção primária (Fontes, 1997)

No Brasil, a asma é responsável por 75% da mortalidade por doenças respiratórias em menores de 5 anos. Em 1996, a asma foi a quarta causa de internações em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), e é responsável por uma média de 2.000 óbitos por ano, aproximadamente 70% destes durante a hospitalização dos doentes (Trippia et al; 2002).

Anualmente ocorrem cerca de 350.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se na quarta causa de hospitalizações pelo SUS (2,3% do total) e sendo a terceira causa entre crianças e adultos jovens (Consenso, 2002).

Em Belo Horizonte, a asma é responsável por mais de 20% (vinte por cento) das internações pediátricas. Estima-se que 80.000 crianças da capital mineira sofram de asma (Fontes, 1997).

Durante o ano de 1996, houve 6.924 internações de crianças por asma, representando gasto aproximado de US\$ 700.000,00 (Datusus, 1997).

Em Belo Horizonte um estudo desenvolvido no Posto de Atendimento Médico (PAM) Campos Sales, da Prefeitura Municipal, mostrou que grande parte das crianças com asma brônquica (89,9%), não representava vínculo com nenhum Centro de Saúde. Os episódios agudos eram tratados em serviços de urgência, numa frequência médica de 1 a 2 atendimentos por mês, com assistência pontual e fragmentada, onde repetidamente recebiam o diagnóstico de pneumonia, enquanto os familiares permaneciam sem conhecimento sobre a asma brônquica. Este modelo de assistência, além de dispendioso, era incapaz de romper com o ciclo vicioso de atendimento de urgência, internações e reinternações e minimizar os riscos e danos psicossociais decorrentes deste processo (Lasmar et al; 2000).

Com o objetivo de tentar modificar esta realidade, foi implantado em Belo Horizonte o Programa de “Reorganização da Assistência Pública ao Paciente Asmático”, denominado, posteriormente, Programa “Criança que Chia”

Resultou da parceria entre o serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência (SMSA), da Prefeitura de Belo Horizonte. Teve como referência as propostas apresentadas no Global

Iniciative for Asthma” (GINA). (Lasmar e Fontes, 1996). A construção foi participativa, envolvendo equipes de atenção primária e secundária, técnicos de setores afins do nível central, dos distritos sanitários e professores da UFMG. A implantação ocorreu a partir do segundo semestre de 1996 e foi precedida pela experiência desenvolvida, em 1994, no PAM Campos Sales. Deu início e sustentação a todo esse processo a decisão política de investir na qualidade de vida da criança com problemas respiratórios de repetição.

Com o objetivo de se cumprir a norma estabelecida pela SMSA, no sentido de dar cobertura às crianças asmáticas através do Programa mencionado, o Centro de Saúde Nazaré implantou e implementou o atendimento sistematizado à criança portadora de doença respiratória, em especial a asma, a partir de 1997. Com o decorrer do Programa vimos que grande parte das crianças cadastradas não estava sendo acompanhada devidamente, visto que em seus prontuários não constavam dados completos referentes a internações, complicações, frequência das crises, óbitos, alta do programa e resposta ao uso do corticosteróide inalatório.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 2002 na Unidade de Saúde, nos mostrou a necessidade de reorganizarmos esta atividade, como forma de conhecermos melhor as crianças atendidas no Programa “Criança que Chia”, e assim garantir-lhes uma maior cobertura.

Neste sentido, optamos por realizar um estudo que mostrasse a efetividade do Programa, já que até então deparávamos com os problemas mencionados acima. Assim, este estudo foi centrado na avaliação do uso da

corticoterapia inalatória pelo paciente atendido no Programa “Criança que Chia”.

2. OBJETIVO

- Avaliar a efetividade do Programa “Criança que Chia”, do Centro de Saúde Nazaré, através do uso da corticoterapia inalatória.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade (HR) das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e, pela manhã, ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e à manutenção dos sintomas (Consenso, 2002).

Também, conhecida como doença das vias aéreas reativas, o complexo da asma, provavelmente, inclui bronquite sibilante, sibilância associada a vírus e asma relacionada a atopia. Além da broncoconstrição, a inflamação é um fator fisiológico importante. Os mastócitos, eosinófilos, linfócitos T-ativados, macrófagos e neutrófilos desempenham papéis fundamentais na inflamação crônica da asma (Nelson Tratado de Pediatria, 2002).

A asma é uma causa importante de doença crônica na infância. É responsável por uma proporção significativa dos dias de absenteísmo escolar em virtude da doença. É o diagnóstico de internação mais freqüente em hospitais infantis do mundo inteiro; 10 a 15% dos meninos e 7 a 10% das meninas apresentam asma em alguma época da infância. Antes da puberdade, os meninos afetados somam o dobro das meninas; depois da incidência é igual em ambos os sexos. A asma pode acarretar perturbações psicossociais intensas

na família. Entretanto, com o tratamento adequado, um controle satisfatório dos sintomas geralmente é possível.

Os fatores de risco para a ocorrência de asma incluem pobreza, raça negra, idade materna abaixo de 20 anos na época do nascimento da criança, peso ao nascimento inferior a 2.500 gramas, mãe fumante, moradia pequena, família numerosa e exposição intensa a alérgenos na lactância.

Molfino e Slutsky (1994), citados por Alvim e Ricas (2002), identificaram vários fatores de risco para crise “quase – fatal” de asma, dentre eles: a idade, sendo mais comum em jovens, as dificuldades socioeconômicas, os problemas psicológicos, a falta no reconhecimento da gravidade dos sintomas pelo paciente ou equipe médica e a falta de controle global apropriado da asma, seja por falta de resposta à terapia convencional ou falta de adesão.

Adesão é definida como a aquiescência do paciente em contornar o tratamento médico recomendado. Especificamente na asma, seria o uso correto das medicações, o controle dos alérgenos e irritantes ambientais e a assiduidade às consultas médicas periódicas.

Portanto, problemas psicossociais e não adesão ao tratamento parecem contribuir para essa tendência epidemiológica.

Os sinais e sintomas da asma incluem tosse de tonalidade intensa e improdutiva no início de um episódio, sibilos, taquipnéia e dispnéia com expiração prolongada e uso de músculos acessórios da respiração; cianose; hiperinsulflação do tórax; taquicardia e pulso paradoxal, que pode estar presente em graus variáveis, de acordo com o estágio e intensidade do episódio.

No quadro abaixo apresentamos a classificação da gravidade da asma, conforme III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (2002).

Classificação da gravidade da asma

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas Falta de ar, aperto no peito, chiado e tosse.	<1 vez/semana	>1 vez/semana e <1 vez/dia	Diários, mas não contínuos	Diários contínuos
Atividades	Em geral normais; Falta ocasional ao trabalho ou escola	Limitação para grandes esforços; Faltas ocasionais ao trabalho ou escola	Prejudicadas, algumas faltas ao trabalho ou escola. Sintomas com exercícios moderados (subir escadas)	Limitação diária. Falta freqüente ao trabalho ou escola. Sintomas com exercícios leves (andar no plano)
Crises*	Ocasionais (leves), controladas com broncodilatadores, sem ida à emergência.	Infreqüentes, algumas requerendo curso de corticóide	Freqüentes, algumas com ida à emergência, uso de corticóide sistêmico ou internação	Freqüentes – graves, necessidade de corticóide sistêmico, internação ou com risco de vida.
Sintomas noturnos**	Raros <2 vezes/mês	Ocasionais >2 vezes/mês e <1 vez/semana	Comuns >1 vez/semana	Quase diários >2 vezes/semana
Broncodilatador para alívio	<1 vez/semana	<2 vezes/semana	>2 vezes/semana e <2 vezes/dia	>2 vezes/dia
FE ou VEF nas consultas	Pré-bd > 80% previsto	Pré-bd > 80% ou previsto	Pré-bd entre 60% e 80% previsto	Pré-bd < 60% previsto

Pacientes com crises infreqüentes, mas que coloquem a vida em risco, devem ser classificados como portadores de asma persistentes grave.

* Despertar noturno com chiado ou tosse é um sintoma grave.

Fonte: III Consenso (2002)

Os corticosteróides são fármacos de escolha no tratamento de manutenção dos pacientes com asma persistente. Após penetrar na célula, o corticosteróide une-se a um receptor, sendo, então, transportado ao núcleo, onde se liga a uma seqüência de DNA, resultando em indução ou supressão de

diversos genes envolvidos na produção de citocinas, moléculas de adesão e receptores relevantes no processo da inflamação (Consenso, 2002).

Estudos de biópsias brônquicas em pacientes com asma demonstraram que os corticosteróides inalados reduzem o número e a ativação das células inflamatórias e a HR das vias aéreas. Enquanto a redução dos sintomas é rápida, melhora significativamente a inflamação e a função pulmonar que ocorre em dias ou semanas, a modificação da HR ocorre ao longo de vários meses.

Logo após o uso do corticosteróide inalado, parte da droga depositada na orofaringe é deglutida e absorvida. A biodisponibilidade sistêmica total é a soma das frações absorvidas do pulmão, do trato digestivo e da mucosa oral.

Os corticosteróides inalatórios são os fármacos que oferecem melhor relação custo/risco/benefício para o controle da asma persistente. Sua utilização tem sido associada à redução da mortalidade e das hospitalizações por asma (Consenso, 2002).

O caráter inflamatório da asma está bem estabelecido na literatura médica (Barnes, 1995). Os corticosteróides, como antagonistas deste processo, têm sua introdução na prática clínica no início da década de 50. A partir da década de 70, muitos estudos têm mostrado sua eficácia na redução dos sintomas e na necessidade de broncodilatadores decorrentes da melhora da obstrução e da inflamação brônquica.

Calpin et al. (1997) avaliaram 26 trabalhos sobre a efetividade da profilaxia com corticosteróide inalatório (CI) em crianças. Os resultados evidenciaram melhora significativa das crianças submetidas a esta terapêutica

em relação ao controle dos sintomas, a diminuição do uso de beta 2 agonista e de corticosteróide oral, além da melhora das medidas do pico de fluxo expiratório (PFE).

A literatura médica tem apontado que o uso do CI leva à estabilização e mesmo à diminuição das manifestações de asma. Porém, nos países da América Latina, incluindo o Brasil, mostram poucas investigações em relação ao uso da profilaxia inalatória com corticosteróides.

No Brasil há a experiência de Cabral et al. (1998). Eles acompanharam 50 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos, com asma moderada e grave, durante 12 meses (incluía o uso de CI conforme proposto pelo GINA, 1995). Destes pacientes, 32 já haviam sido hospitalizadas. O estudo mostrou que durante um ano de acompanhamento, após a introdução da CI, não houve registro de nova internação. A procura do tratamento de asma, em serviços de urgência diminuiu de 48 para, .6 crianças, após uso do CI, o que equivale a uma redução de 87,5%.

Em Belo Horizonte temos o estudo de Fontes e Lasmar (1997), onde participaram 821 crianças inscritas no Programa "Criança que Chia". Foi feita uma comparação entre as taxas de hospitalização e atendimentos em serviços de urgência, antes e depois da admissão ao programa acompanhados há pelo menos 12 meses e fazendo o uso de CI com Beclometasona. Mostraram uma redução estatisticamente significativa das taxas de hospitalização e atendimentos de urgência.

Migram et al. (1996), citados por Alvim e Ricas (2002), avaliaram crianças asmáticas quanto á adesão a prescrição de medicações inalatórias.

As crianças e seus pais participaram de um programa de educação para garantir que haviam compreendido como utilizar as medicações. Os autores compararam os dados fornecidos pelo inalador eletrônico e as anotações num diário com prescrições médicas. Nos diários, a adesão foi de 95,4%, enquanto o registro nos inaladores mostrou adesão de 58,4%. Este estudo revela que, mesmo quando compreendem bem como as medicações devem ser usadas, muitas vezes os pacientes não utilizam as medicações e, ainda, escondem do médico a não adesão ao tratamento.

Outro ponto importantíssimo, para obter bons resultados no tratamento da asma, é manter uma boa relação médico/paciente. Para o médico caminhar no sentido de construir um bom relacionamento, é imprescindível que dedique tempo à escuta de seu paciente ou de seus pais, no caso da criança. Quando a mãe de uma criança asmática tem oportunidade de expressar seus medos, suas dúvidas e suas expectativas, sentindo-se respeitada e percebendo que o médico realmente se interessa por seus problemas, o tratamento e o controle da asma são mais fáceis e eficazes.

A educação na asma é necessária, entre outros motivos, para ajudar o paciente e seus familiares a compreenderem e se tornarem aptos a seguir as recomendações médicas.

Educação, refere-se a um campo amplo de ações coletivas e individuais, envolvendo diversos profissionais da área de saúde, o paciente, a família e, idealmente, a comunidade (Alvim; Ricas 2002).

Neste contexto, é necessário retornar a discussão da necessidade da mudança do paradigma biomédico, para o paradigma biopsicossocial, voltado à assistência integral à saúde do indivíduo.

4. METODOLOGIA

4.1 Cenário de Estudo

Este estudo enquadra-se na linha quantitativa e tem como objetivo avaliar o Programa “Criança que Chia”, implantado no Centro de Saúde Nazaré.

O Centro de Saúde Nazaré, pertence à Regional Nordeste, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – MG, e atende a uma população de aproximadamente 22.000 habitantes, sendo ela distribuída em médio e elevado risco.

É composto por 5 equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Estas equipes foram implantadas de forma gradativa e atendem à demanda de pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem, odontologia, psicologia e assistência social. Além disso, existem grupos operativos direcionados para: hipertensos, diabéticos, asmáticos, desnutridos, gestantes e planejamento familiar.

4.2 População Alvo

A população estudada foi constituída por 31 crianças, cadastradas no Programa “Criança que Chia”, do Centro de Saúde Nazaré.

4.3 Coleta de Dados

Inicialmente, para a coleta de dados fizemos contato com as mães ou responsáveis pelas crianças, por meio de cartas-convite, entregues pelos agentes comunitários de saúde, para que participassem de entrevista a ser realizada no Centro de Saúde Nazaré.

O levantamento dos dados foi realizado através de entrevistas estruturadas, tendo como instrumento de pesquisa um questionário contendo perguntas fechadas e abertas (Anexo I), mostrando a realidade das crianças em estudo, antes e após o uso do corticosteróide inalatório.

As entrevistas foram realizadas pelo médico e pela enfermeira, em local privado, livre de interferências externas, durante os meses de abril e maio de 2003. Os dados foram analisados à luz da literatura e conforme o ponto de vista das pesquisadoras.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo foi constituído por 31 pacientes cadastrados no Programa “Criança que Chia”, no período de setembro de 1997 a setembro de 2002, compreendendo a faixa etária de 0 a 16 anos. É importante assinalar que alguns pacientes, apesar de adolescentes, encontravam-se no Programa desde criança.

Dos 44 pacientes inscritos inicialmente no Programa, 13 (29,5%) abandonaram o tratamento por motivos diversos (dentre eles mudança de endereço e desinteresse pelo tratamento), 31 (70,5%) continuaram em tratamento, sendo que 11 (35,5%) tiveram alta e 20 (64,5%) encontram-se ainda em tratamento. Portanto, optamos por trabalhar também com aqueles que receberam alta do Programa, por considerarmos um fator importante para a avaliação do mesmo. Sendo assim, a população do estudo foi constituída por 31 pacientes.

Para análise dos dados utilizamos algumas variáveis constantes no instrumento de pesquisa (Anexo 2), por acharmos que eram suficientes para o objetivo do trabalho, ou seja, avaliar a efetividade do Programa “Criança que Chia”, do Centro de Saúde Nazaré. As variáveis analisadas foram: sexo, idade do início da 1ª crise, fatores desencadeantes das crises, uso do corticosteróide inalatório.

Na população estudada houve o predomínio do sexo masculino, 18 (58%) e 13 (42%) do sexo feminino. Esta predominância do sexo masculino coincide com a literatura pesquisada para o estudo (Trippia et al., 2002).

Com relação a faixa etária do início da primeira crise (Gráfico 1), verifica-se a predominância das crianças menores de 1 ano, correspondendo a um total de 17 (54,8%). Em segundo lugar vem as crianças de 2 a 3 anos.

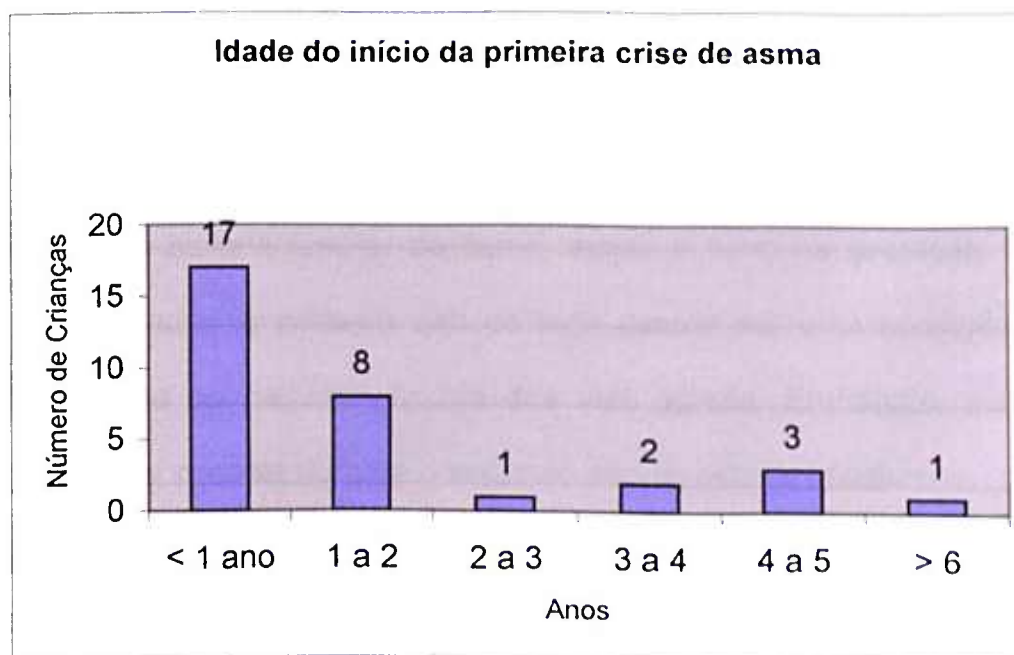


Gráfico 1: Idade do início da 1ª crise de asma das crianças do Programa “Criança que Chia”, Centro de Saúde Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003.

A incidência de asma é maior durante os primeiros anos de vida, com mais de 80% dos casos começando antes dos 4 anos de idade. A repetição do quadro é fator importante, tanto é que no III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (2002), foi estabelecido que há necessidade de ocorrência de 3 ou mais episódios de sibilância para a confirmação do diagnóstico.

Por outro lado, Martinez et al. (1995), citados por Lasmar e Fontes (2000), demonstraram dificuldade em estabelecer o diagnóstico de asma em lactantes, pois, em dois terços da coorte estudada por eles houve episódios

repetitivos de sibilância que desapareceram até os três anos de idade. A continuidade do estudo mostrou que a persistência de sintomas, além dos três anos, indica probabilidade da asma acima de 80%.

Young et al. (2000), também citados por Lasmar e Fontes (2000), acompanharam uma coorte de 253 crianças para investigar a associação entre função pulmonar e sibilos nos dois primeiros anos de vida. Realizaram prova de função pulmonar com um, seis e doze meses de idade e correlacionaram também a história familiar de asma, atopia e fumo na gestação. Concluíram que sibilância no primeiro ano de vida parece ser uma condição transitória relacionada ao pequeno calibre das vias aéreas. Entretanto, sibilância que começa ou persiste durante o segundo ano de vida é, usualmente, associada a anormalidade das vias aéreas, podendo ser asma. O diagnóstico em crianças menores de três anos, portanto, deve ser criterioso evitando omissões ou tratamentos desnecessários.

Dentre os fatores desencadeantes das crises de asma, os mais citados foram: poeira, mofo e mudanças de temperatura. E os menos citados foram cigarro, pêlos de animais, exercício físico e fatores emocionais, sendo que algumas mães relataram dois ou mais fatores desencadeantes das crises.

São vários os fatores que podem desencadear as crises de asma, alguns adquirindo maior importância de acordo com a faixa etária. Em lactantes as infecções virais, os alérgenos alimentares e os fatores irritantes ambientais, principalmente, a exposição à fumaça de cigarro, são os principais desencadeantes.

Em pré-escolares, além dos fatores já citados, os alérgenos inalantes, principalmente, ácaros e fungos, começam a ter importância e tornam-se os principais desencadeantes em escolares e adolescentes. Exercícios físicos, medicamentos e fatores emocionais, também, devem ser considerados nas crises dos maiores de 7 anos de idade (Sarinho, 2002).

A determinação desses principais fatores deve ser individualizada, pois, além de serem úteis para reforçar o diagnóstico de asma, são fundamentais na orientação e no controle da doença.

No Gráfico 2, observa-se que a duração do período inter-crisis nas crianças do estudo, antes do uso do corticosteróide inalatório (CI) era menor que um mês. Com o uso do CI as crises passaram a ocorrer em um período de 2 a 3 meses; ou maior que 3 meses. Observa-se, ainda, que um número maior de crianças passaram a apresentar crises em um intervalo maior.

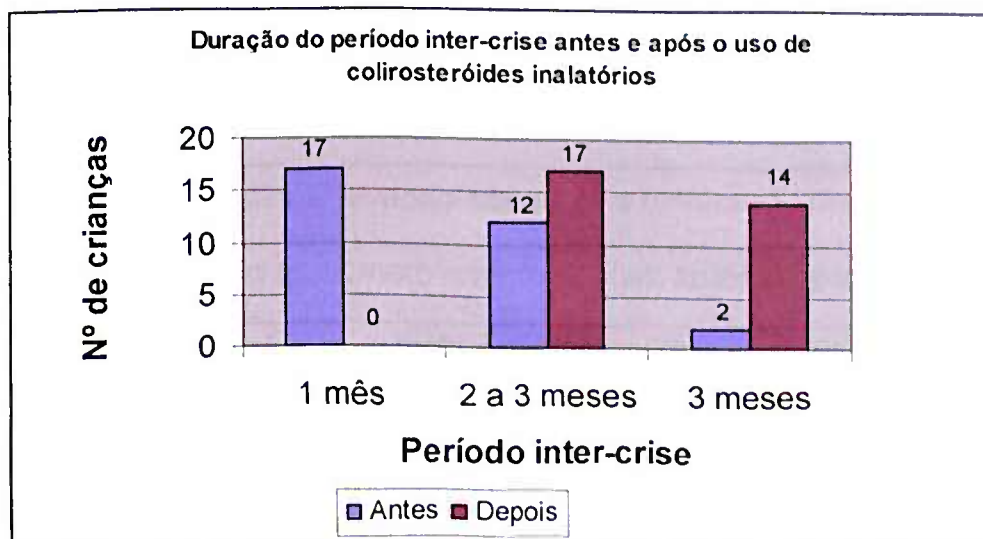


Gráfico 2: Duração do período inter-criSES antes e após uso de corticosteróides inalatórios do Programa “Criança que Chia”, Centro de Saúde Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003.

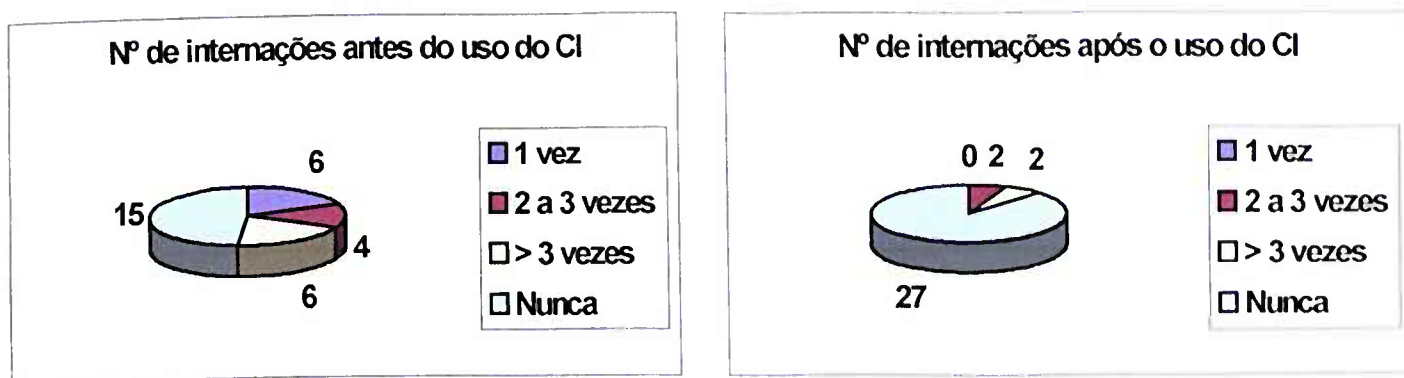
Os corticosteróides inalatórios são drogas com atividade antiinflamatória por excelência no tratamento preventivo da asma. Além de reduzir a inflamação alérgica, diminuem a produção de muco, potencializam a ação dos B2-agonistas e diminuem a taquifilaxia deles decorrente. Permitem maior recuperação funcional, reduzem os episódios agudos e devem ser iniciados em pacientes com asma persistente.

O principal objetivo da administração de CI é a possibilidade da aplicação de uma dose reduzida, com boa eficácia clínica e risco mínimo de efeitos colaterais, pois essas preparações possuem alta potência tópica, baixa absorção sistêmica e rápido clearance metabólico (Sarinho, 2002).

Podemos inferir, conforme os achados do estudo, que as mães ou responsáveis estão sempre atentos aos sinais da asma. Mudança de comportamentos da criança, tosse persistente, narinas instilando, são como um termômetro para as mães, sinalizam uma pré-criSE asmática. Viver a angústia das crises faz com que as mães mantenham uma vigília constante e permanente dos filhos, levando-nas a dar a medicação de forma correta.

Em relação ao número de internações antes e após o uso do CI (Gráfico 3), os resultados foram semelhantes aos obtidos na duração do período inter-criSES. Antes do uso do CI, as internações aconteciam repetidas vezes e após o uso do medicamento quase não houve internações das crianças.

No Gráfico 3, nota-se que das 31 crianças cadastradas, 16 delas internaram uma ou mais vezes e após o uso de CI, este número caiu para 4



crianças.

Gráfico 3: Número de internações antes e após o uso do corticosteróide inalatório, Programa “Criança que Chia”, Centro de Saúde Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003.

A diminuição do número de internações, após o uso do CI, se deve principalmente ao cuidado e preocupação das mães em oferecer o tratamento adequado à criança. Outro fator que contribuiu ao decréscimo das taxas de hospitalização foi o uso correto da corticoterapia no período inter-crisis. O que significa que o tratamento preventivo da asma, é possível e torna-se eficaz, a partir de uma boa relação profissional de saúde-família.

A adesão ao tratamento profilático da asma persistente com o uso do corticosteróide inalatório (Gráfico 4), foi de 91% da população estudada, o que equivale a 28 crianças com boa aceitação ao medicamento.



Gráfico 4: Adesão ao tratamento profilático da asma, com uso do CI, Programa “Criança que Chia”, Centro de Saúde Nazaré, Belo Horizonte/MG, 2003.

Mesmo tratando-se de uma população carente, de baixo nível socioeconômico e cultural, percebemos que a descrença e o medo em relação ao uso do medicamento e, também, à compreensão da asma como doença não foram obstáculos para a não adesão ao tratamento profilático da asma, proposto pelo Programa da Prefeitura de Belo Horizonte.

Acreditamos que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento à criança que chia, foram decisivas para que as mães aderissem ao tratamento. A adesão está atrelada à sensibilização quanto a necessidade da medicação, à assimilação das orientações e à existência da medicação na unidade de saúde. Esta tríade somada à disponibilidade, paciência e dedicação dos profissionais, culmina em uma assistência adequada e eficaz.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio achávamos que o Programa “Criança que Chia” implantado no Centro de Saúde Nazaré, apresentava-se desorganizado e havia pouca adesão a ele, por parte das mães ou responsáveis pelas crianças. No entanto, os achados deste estudo nos mostraram exatamente o contrário. Constatamos que quase a totalidade das mães das crianças estudadas, conhece os fatores desencadeantes da asma, bem como o tratamento adequado com o uso da corticoterapia inalatória.

Percebemos, também, que muitas vezes o controle da doença foge das condições socioeconômicas das famílias, onde muitas destas moram precariamente, e por isso não têm domínio sobre a maior parte dos fatores desencadeantes da doença.

Observamos que em algumas famílias a preocupação maior em relação aos fatores desencadeantes da doença, fica a critério das mães, pois em alguns casos, vimos que o pai ou outros membros da família permanecem fumantes na moradia, apesar das recomendações.

Assim, acreditamos que a adesão ao Programa engloba vários fatores, desde o conhecimento das mães ou responsáveis acerca da doença; a sensibilização dos mesmos sobre os agentes desencadeantes das crises asmáticas, até o uso adequado da medicação. Os responsáveis pelas crianças conseguem usar a medicação de forma correta, quando os profissionais e a Unidade de Saúde estão comprometidos, na vigilância à saúde da criança, ou seja, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença.

Mesmo constatando, através dos resultados do estudo, que o Programa “Criança que Chia” está tendo um certo impacto na população atendida, apresentamos algumas propostas de trabalho que acreditamos que possam melhorar mais ainda o Programa:

- Implantar reuniões educativas sobre asma com o envolvimento das famílias, como forma de conhecer os pacientes, a família, seu meio cultural e suas condições de vida. Somente a partir disso, seria possível, através do diálogo e do esclarecimento, trabalhar mudanças nos seus comportamentos, para que possam intervir no controle da asma.
- Realizar reuniões bimestrais com as mães ou responsáveis pelas crianças, para reciclagem das informações e monitoramento da corticoterapia inalatória.
- Convidar os demais membros que compõem o núcleo familiar das crianças, a freqüentar as reuniões educativas, como forma de sensibilizá-los acerca dos fatores desencadeantes da asma.
- Sensibilizar os demais profissionais de saúde, que atuam no Centro de Saúde Nazaré sobre a importância do Programa “Criança que Chia”, já que esta atividade não é apenas da competência médica e do enfermeiro. É um compromisso de todos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIM, C. G; RICAS, J. Asma na infância: adesão ao tratamento e educação para saúde. **Rev. Med. Minas Gerais.** v. 12, n. 2, p. 91-8, 2002.

BARNES, J. P. From pathophysiological mechanisms to pharmacological treatment of childhood asthma. **Pediatr Pulmonol; Suppl.** v. 11, p. 40-1, 1995.

BEHRMAN, R. et al. Asma. In: **Nelson Tratado de Pediatria.** 16^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam. 2002. p. 658-74.

CABRAL, A L. B. et al. Are international asthma guidelines effective for low-income Brazilian children with asthma? **Eur. Respir. J.** v. 12: 35-40, 1998.

CALPIN, C. et al. Effectiveness of prophylactic inhaled steroids in childhood asthma: a systematic review of the literature. **Jorn. Allergy Clin. Immunol.** v. 100, n. 4, p. 452-7, 1997.

CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. 3. **Jorn. Pneumol.** v. 28, n. 1, jun.2002.

DATASUS – Sistema Nacional de Dados. Ministério da Saúde, Brasil 1993-1997. Disponível em < www.datasus.gov.br >

FONTES, J. F.; LASMAR, L. M. L. **Reorganização da assistência pública do paciente asmático em Belo Horizonte.** 1997.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA – Global strategy for asthma management and prevention; NHLB/WHO workshop report. **Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute.** 1995. (Publication number 93-3659).

LASMAR, L. M. L. B. et al., M. J. F.; GUERRA, H. L; JENTZCH, N. S. Perfil da assistência pública à criança e ao adolescente asmáticos. **Rev. Médica de Minas Gerais**. v. 10, p. 208-12, Lemos 1995.

SARINHO, E. **Asma na urgência pediátrica**. São Paulo: Lemos, 2002.

TRIPPPIA, S. M. et al. Aspectos clínicos da asma na criança. **Rev. Bras. Alergia Imunopatologia**. v. 21, p. 75-82, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

CONVITE

CONVIDO A CRIANÇA

QUE ESTÁ CADASTRADA NO PROGRAMA "CRIANÇA QUE CHIA", QUE
USA BOMBINHA, A COMPARECER NO C. S. NAZARÉ, NO DIA ____ ÀS
____ HS.

TRAZER:

CARTÃO BH VIDA

CARTÃO DO POSTO

E A ÚLTIMA RECEITA

C.S. NAZARÉ

ANEXO 2

Nome do Centro Saúde e Distrito:		Nº de ordem (não preencher)
Nome e Função dos profissionais responsáveis pelo preenchimento deste Protocolo:		
1 – Nome do paciente:		2 - Sexo: a- M <input type="checkbox"/> b – F <input type="checkbox"/>
3 – Nº do Prontuário	4 – Data de Nascimento	5 – Data do preenchimento deste protocolo ___/___/___
6 – Idade da primeira crise _____ (considerar o primeiro episódio de sibilância, ou tosse ou dispnéia com resposta ao broncodilatador)		
7 – Dose/dia na Primeira prescrição de beclometasona:		
8 – Data da Última prescrição de beclometasona:		
9 – Dose/dia na Última prescrição de beclometasona:		
10 – O paciente ou familiares já participaram de reuniões tipo "grupo de asma? a- Sim <input type="checkbox"/> b – Não <input type="checkbox"/>		

CRISES e HOSPITALIZAÇÃO

11 – Escreva fatores desencadeantes das crises		
As questões 12 a 16 referem-se aos últimos 12 meses antes iniciar beclometasona		
12 – N de atendimentos na urgência		
13 – N de crises que usou corticóide sistêmico:	a - <input type="checkbox"/> nenhuma	b - <input type="checkbox"/> 1 a 3 m
3 m	c - <input type="checkbox"/> >	
14 – Duração do período intercrise:	a - <input type="checkbox"/> < 1 mês	b - <input type="checkbox"/> 1 a 3 m
3 m	c - <input type="checkbox"/> >	
15 – Sistomatologia período intercrise:	a - <input type="checkbox"/> Sim	b - <input type="checkbox"/> Não
16 – Data das hospitalizações por pneumonia ou asma:		
As questões 17 a 23 referem-se ao período posterior a primeira dispensação de beclometasona ocorrida em		
17 – N de atendimento na urgência:		
18 – N de crises tratadas em casa:		
19 - N de crises tratadas neste centro de saúde:		
20 – N de crises tratadas com corticóide sistêmico:		
21 – Duração do período intercrise:		

22 – Sintomatologia período intercrise:	a - <input type="checkbox"/> Sim	b - <input type="checkbox"/> Não
23 – Data das hospitalizações por pneumonia ou asma:		
24 – Muitas vezes, por diversos motivos, o uso da beclometasona é interrompido. Considerando a primeira prescrição de beclometasona e a data desta avaliação, durante quantos meses este paciente usou, ou tem usado, efetivamente, esta droga?		
25 – O responsável interrompeu, por conta própria, o uso de beclometasona prescrita?	a - <input type="checkbox"/> Não	b - <input type="checkbox"/> Sim
	c - <input type="checkbox"/> 1 vez	d - <input type="checkbox"/> 2 vezes
	e - <input type="checkbox"/> 3 vezes	f - <input type="checkbox"/> > 3 vezes
26 – A adesão deste paciente ao tratamento profilático foi:	a - <input type="checkbox"/> boa	b - <input type="checkbox"/> regular
	c - <input type="checkbox"/> ruim	
27 – A disponibilidade da medicação inalatória para este paciente foi:	a - <input type="checkbox"/> boa	b - <input type="checkbox"/> regular
28 – Este paciente obteve alta do tratamento profilático com a beclometasona?	a - <input type="checkbox"/> Sim	b - <input type="checkbox"/> Não
29 – Caso já tenha obtido alta do tratamento profilático, quais foram os critérios de suspensão:		
	a – Assintomático por ____ meses	b – A pedido da família
	c – Normalização espirometria	
	d – Já havia interrompido e estava bem ao retornar para controle	e – Outro (especificar):
30 – Este paciente obteve alta do tratamento profilático com beclometasona e precisou reintroduzi-lo?	a - <input type="checkbox"/> Sim	b - <input type="checkbox"/> Não
	c – Não se aplica	
31 – Assinale o tipo de dispositivo utilizado:		
	a - <input type="checkbox"/> espaçador valvulado com máscara	b - <input type="checkbox"/> espaçador valvulado sem máscara
	c - <input type="checkbox"/> espaçador não valvulado	d - <input type="checkbox"/> Outra situação (especificar)
32 – Alguma vez observou-se que a técnica inalatória estava inadequada:	a - <input type="checkbox"/> Não	b - <input type="checkbox"/> Sim
33 – Em relação a encaminhamento ao pneumologista, após prescrição inicial de beclometasona:		
	a - <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento ao pneumologista pediátrico	b - <input type="checkbox"/> Houve interconsulta
	c - <input type="checkbox"/> Houve transferência	d - <input type="checkbox"/> Acompanhamento conjunto (pediatra e pneumologista)
34 – Após iniciar profilaxia com beclometasona o paciente recebeu tratamento para as seguintes patologias:		
	a - <input type="checkbox"/> Sinusite	b - <input type="checkbox"/> Otite Média Aguda
	c - <input type="checkbox"/> Pneumonia/BCP	
	d - <input type="checkbox"/> Rinite	e - <input type="checkbox"/> Eczema atópico
	h - <input type="checkbox"/> Refluxo gastro-esofágico	
	i - <input type="checkbox"/> nenhuma das especificadas	K - <input type="checkbox"/> outras (especificar)