Demografia da Asma no Município de Paranaguá/PR e no contexto das Doenças Respiratórias no Litoral do Paraná[1]

Asthma on Demography Paranaguá/PR City and over Respiratóry Disease Context from Parana`s Atlantic Coast

Denise V. Ricieri[2], Nelson Augusto Rosário Filho[3], Katia M. Konno[4], Emilia Ferro[4], Manola O. Valério[4]

Resumo

Contextualizar a asma nos indicadores públicos através dos dados da rede-SUS nos municípios litorâneos paranaenses, buscando evidências para propor intervenções em ações educativas. **Métodos:** análise descritiva dos dados no sistema DATASUS, seguida de estudo retrospectivo, mediado por informações de prontuários: (1) Caracterização dos indicadores demográficos; (2) Levantamento dos prontuários; (3) Distribuição de domicílio e relatos dos principais desencadeantes de crises. **Resultados:** crianças entre 5-14 anos correspondem a 57.459 habitantes, ou 20% dos mais de 280mil habitantes na região. Atendimentos especializados mais prevalentes foram para distúrbios respiratórios (34%), principalmente entre 5-9 anos, atingindo quase 50% das internações em Matinhos e Antonina. Tratamento especializado para asma é oferecido somente por uma ONG conveniada à rede-SUS em Paranaguá, de onde foram acessados 313 prontuários de pacientes cadastrados; destes, 210 foram incluídos no estudo para informações sobre demografia dos domicílios, fatores/elementos desencadeantes de crise, e gravidade da doença. Principais resultados: (1) pacientes provenientes de 66 bairros de Paranaguá, ou 3,18 pacientes/bairro; (2) 57% dos pacientes residem em 58 bairros do município enquanto 43% concentram-se em apenas oito bairros. Esta constatação direcionou o estudo para registros destes oito bairros mais prevalentes. **Conclusões:** É necessário um planejamento e execução de intervenções nas unidades básicas SUS em ações educativas pessoais, familiares, comunitárias e ambientais com acompanhamento constante da evolução destes pacientes e suas comunidades junto aos elementos fundamentais na preservação da qualidade de vida.

Palavras-chave:
Saúde, Educação, Doença Respiratória, Demografia, Asma.

Abstract

Put the asthma on context of public indicators from net-SUS Database for Paraná coast cities, and find evidence data for educative intervention's actions purpose. **Methods:** DATASUS system descriptive analysis, followed by a retrospective study over prontuary information's: (1) Demographic indicators and characterization; (2) Prontuary's revision data; (3) Residence distribution in city area and knowledge of main crisis unchain. Results: children between 5-14 years old correspond to 57.459 population or 20% from 280 thousand area residents. The mor prevalent specialized assistance was to respiratory disturbances over all seven Paraná coast cities (34%), specially between 5-9 years old, when almost 50% was need internal hospital care in Matinhos e Antonina. Specialized treatment for asthma is available only for one O.N.G. named GAPER which is rede-SUS convened and is installed in Paranaguá. In this establishment we was access to 313 prontuarys from cadastre patients. From these one, only 210 was included in our study for residence's demography information, crisis unchained factors and self-related gravity of disease. **Results:** (1) patients who received asthma care attempting on GAPER came from 66 districts for Paranaguá, or 3,18 patients/district density;(2) 57% of the patients was resided in 58 district, while 43% was concentrated only in eight district. Thus found lead thus study to this prevalent neighborhood. Conclusions: Is necessary to project and execute professional interventions over SUS basic unities, in communitarian, familiar, personally and environmental education with constant attendance of this patients evolution and yours communities, for fundamentals elements for preservation of quality of life.

Key words:
Healthy, Education, Respiratory Disease, Demography, Asthma.

1. Trabalho apoiado pelo Programa de Iniciação Científica da PRPPG/UFPR e PROEC/UFPR.

2. Professor Adjunto UFPR, Curitiba/PR.

3. Professor Titular UFPR, Curitba/PR.

4. Bolsistas de Iniciação Científica da UFPR, Curso de Fisioterapia, Matinhos/PR.

Recebido: 28/12/2009
Aceito: 12/01/2010
Autor para correspondência: Denise da Vinha Ricieri
E-mail: denise.ricieri@gmail.com

INTRODUÇÃO

Embora seja a doença crônica mais comum na infância, afetando parcela significativa da população, a asma caracteriza-se pela baixa letalidade, não obstante sua relevante contribuição nos atendimentos de urgência (PEREIRA e NASPITZ, 1998). O elevado custo social e econômico da doença parece não estar associado às condições sócio-econômicas dos pacientes atingidos (SOLÉ *et al*., 2007; ROSÁRIO FILHO, 2007), mas à ausência de uma estrutura pública especializada para seu controle e manutenção efetivos (FRITSCHER *et al*., 2001).

Acredita-se que maioria dos óbitos poderia ser evitada, se medidas eficazes fossem instituídas a tempo, como o acesso a tratamento de manutenção e educação para saúde, tanto dos pacientes como da população, com respeito à doença (PEREIRA e NASPITZ, 1998; SILVA, 2004). Estudos mostraram que adequadas medidas clínicas e funcionais utilizadas nos primeiros quinze minutos de manejo da crise aguda de asma em um serviço de emergência, como medida de pico de fluxo expiratório, é um instrumento útil para avaliação prognóstica (PIOVESAN *et al*., 2006).

De modo geral, tem-se a asma como entidade clínica responsável por cerca de 5% das consultas pediátricas em ambulatórios não-especializados, podendo chegar a 16% dos atendimentos em serviços de urgência pediátrica (PEREIRA e NASPITZ, 1998). Rodrigues *et al.* (2007) relataram indícios do crescimento da prevalência da asma em todo mundo (ISAAC, 1998), inclusive no Brasil, país que apresenta a maior prevalência de asma e rinite da América Latina, e ocupa o 8º lugar no ranking mundial, por apresentar uma prevalência média geral de 20%. Por isso, instrumentos que permitam conhecer as dimensões da doença (SPINELLI *et al*., 2007) e recursos de atenção primária à saúde em determinadas regiões, podem permitir o planejamento e desenvolvimento de ações e intervenções para atenção e educação de saúde (SILVA, 2004; SPINELLI *et al*., 2007), viabilizando estabelecimento de estratégias de manejo com resultados mais efetivos, e com melhor qualidade de vida para os pequenos pacientes.

O objetivo deste estudo foi contextualizar a asma dentro dos indicadores referentes à atenção pública da saúde respiratória infantil através de dados do Sistema Único de Saúde/ DATASUS dos sete municípios abrangidos pela 1ª. Regional de Saúde do Estado do Paraná, e identificar evidências para propor intervenções através de parcerias público-privadas para ações educativas voltadas ao paciente e comunidade onde se insere.

MATERIAL E MÉTODO

Apresenta-se uma análise observacional descritiva, seguida de estudo transversal retrospectivo das informações contidas em prontuários médicos de uma unidade especializada em atendimento à asma grave no município de Paranaguá, sede da 1ª. Regional de Saúde do Paraná. A fase de coleta das informações que fundamentaram este trabalho estendeu-se de Agosto/ 2006 a Janeiro/2007, enquanto a compilação e análise dos resultados realizada entre Fevereiro a Maio/2007.

O estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR, e abrangeu três fases de ações referentes aos dados dos municípios atendidos pela 1ª. Regional de Saúde do Paraná: (1) Caracterização dos indicadores de demografia da região litorânea paranaense; (2) Acesso e levantamento dos prontuários de pacientes atendidos pelo SUS nas Unidades especializadas no atendimento de asma na região alvo; (3) Análise da distribuição demográfica de domicílio e relação com principais desencadeantes de crises dos pacientes em tratamento, relatados nos prontuários.

(1) Caracterização dos indicadores de demografia

Fase onde foram levantados e tabulados indicadores de extensão territorial, rede ambulatorial e hospitalar, assistência ambulatorial e hospitalar, morbidade hospitalar e da atenção básica à saúde infantil para contextualizar os indicadores relacionados ao atendimento de problemas respiratórios em crianças no espaço de ação da 1ª. Regional de Saúde do Paraná.

As informações de cada um dos sete municípios foram tabuladas e comparadas entre si, para análise da homogeneidade de características específicas da região. Foram levantados os registros para idade escolar, entre 5 a 14 anos, obtidos através de levantamento dos dados disponíveis on-line na base de dados do DATASUS (10). Esta base tem como fontes primárias: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/ SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

(2) Prontuários de pacientes atendidos pelo SUS em Unidades Especializadas

Junto à Sede da 1ª. Regional de Saúde do Paraná, situada no município de Paranaguá, foi realizado o levantamento do registro das unidades registradas para atendimento para asma grave nos municípios de abrangência desta Regional, pelo SUS e rede conveniada. Foi encontrada apenas uma unidade especializada conveniada à rede-SUS, dentro dos critérios estabelecidos. Assim, o estudo foi reorientado para o levantamento dos dados demográficos do universo de prontuários de pacientes em tratamento desta unidade especializada.

Desse modo, o estudo foi reorientado pela exigüidade de fontes, a faixa etária foi ampliada para 14 anos completos, e foram então aceitos no levantamento de dados prontuários de pacientes ativos, ou seja, que apresentaram-se para última consulta médica entre Janeiro/2005 e Dezembro/2006. Dos 678 prontuários ativos, 313 atendiam aos critérios de inclusão ora estabelecidos. Nestes prontuários foram buscadas para registro as seguintes informações: (1) bairro do domicílio; (2) tempo de tratamento/acompanhamento médico na unidade; (3) relatos prévios de internação por asma; (4) fatores desencadeantes de crises referidos na anamnese.

(3) Análise de distribuição demográfica

Dada à escassa quantidade de prontuários de pacientes em acompanhamento para tratamento especializado de asma fora do município de Paranaguá, o estudo de distribuição demográfica restringiu-se aos bairros deste município. A esta distribuição, associou-se a observação da distribuição por gênero, prevalência de pacientes por bairro/município, prevalência de relatos de internações relacionadas à doença, e distribuição dos desencadeantes. Somente 210 prontuários atenderam às novas especificações, sendo que a maioria das exclusões foi determinada por informações e/ou registros incompletos.

RESULTADOS

Ao todo, a 1ª. Regional de Saúde do Estado do Paraná abrange a atenção à saúde de uma população estimada em pouco mais de 280mil habitantes e que, além do município de Paranaguá, sede da Regional, inclui também os de Morretes e Antonina, bem como os municípios localizados na faixa litorânea atlântica de 98Km de extensão, quais sejam: Guaraqueçaba ao norte, seguido de Pontal do Paraná, Matinhos e Guaratuba na divisa com Santa Catarina. Neste contexto, tem-se que a população de faixa etária entre 5 e 14 anos, correspondeu a 57.459 habitantes (Quadro 1), representando 20.37% da população total.

Município	Faixa Etária (anos)	Masculino	Feminino	Total
Morretes	5 a 9	1.054	1.103	2.157
	10 a 14	1.111	1.088	2.199
Antonina	5 a 9	534	479	1.013
	10 a 14	502	488	990
Guaraqueçaba	5 a 9	890	835	1.725
	10 a 14	870	791	1.661
Paranaguá	5 a 9	7.738	7.464	15.202
	10 a 14	7.442	7.258	14.700
Pontal do Paraná	5 a 9	1.780	1.702	3.482
	10 a 14	1.729	1.564	3.293
Matinhos	5 a 9	974	932	1.906
	10 a 14	951	843	1.794
Guaratuba	5 a 9	1.973	1.827	3.770
	10 a 14	1.810	1.757	3.567
TOTAL	5 a 9	**14.943**	**14.342**	**29.255**
	10 a 14	**14.415**	**13.789**	**28.204**

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas (2005).

Sobre a caracterização dos indicadores de demografia e de atenção à saúde

A análise dos indicadores de atenção à saúde apontou a esfera municipal como responsável pela maioria dos atendimentos, contemplando atendimentos em unidades básicas e centros de saúde, unidades hospitalares gerais, clínicas especializadas e vigilância sanitária. Deste perfil excetuam-se: Pontal do Paraná, onde não existe unidade hospitalar; e Paranaguá, que conta adicionalmente com unidades de atendimento privado. Estes serviços oferecem à população procedimentos de atenção básica, além de cirurgias ambulatoriais especializadas, patologia clínica, exames ultra-sonográficos, de anatomopatologia e citopatologia. Em concomitância a este cenário, o atendimento público à saúde conta com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Observou-se também que, em relação à prevalência dos atendimentos especializados na rede pública ambulatorial, apresentam-se como as três maiores demandas: (1) distúrbios respiratórios, responsáveis por 34% dos atendimentos em crianças, principalmente entre 5-9 anos; (2) disfunções do aparelho digestório, responsáveis por 18% da procura por atendimentos; (3) doenças do Sistema Nervoso, que atingiram cerca de 10% da população atendida (Quadro 2). Quanto às causas de internação infantil, destacaram-se doenças respiratórias, que chegaram a atingir quase 50% das internações nos municípios de Matinhos e Antonina.

	Matinhos		Guaratuba		Pontal do PR		Antonina		Guaraqueçaba		Morretes		Paranaguá	
Faixa Etária	5-9	10-14	5-9	10-14	5-9	10-14	5-9	10-14	5-9	10-14	5-9	10-14	5-9	10-14
Infecto-parasitárias	27.0	15.8	18.0	18.3	13.3	---	16.1	13.6	13.6	10.5	22.2	4.5	16.7	11.0
Sistema Nervoso	5.6	5.3	3.4	5.0	4.5	7.8	3.6	---	---	5.3	11.1	9.1	3.8	5.1
Aparelho Respiratório	**27.0**	**15.8**	**20.2**	**13.3**	**18.2**	**7.1**	**30.4**	**18.2**	**22.7**	**10.5**	**11.1**	**13.6**	**19.8**	**8.9**
Aparelho Digestório	7.9	5.3	14.6	10.0	9.1	7.1	---	---	13.6	---	3.7	13.6	12.5	8.1
Pele e Subcutâneo	2.2	3.5	1.1	3.3	---	---	3.6	4.5	---	---	3.7	---	5.7	1.7
Aparelho Circulatório	---	---	---	1.7	4.5	---	3.6	---	9.1	10.5	---	---	0.5	1.7

Fonte: SIH/SUS (2005).

Prontuários de pacientes atendidos pelo SUS em Unidades Especializadas

Como já mencionado, apenas uma unidade conveniada ao SUS está registrada para atendimento de asma grave nos sete municípios do litoral paranaense. Trata-se de uma Organização Não-Governamental, denominada "Grupo de Apoio ao Programa de Educação Respiratória" (GAPER), criada em 17/06/1997 no município de Paranaguá/PR, entidade filantrópica sem fins lucrativos de utilidade pública municipal, Estadual e Federal, com registro nos Conselhos Municipal de Assistência Social, Federal de Assistência Social, e no Cadastro Nacional de Entidades de Saúde (CNES).

O relatório apresentado por esta entidade à Secretaria Estadual de Saúde (Quadro 3) é dimensiona o impacto de seu funcionamento junto à comunidade do Litoral do Paraná, cujos procedimentos chegaram ao volume de mais de 60mil entre os anos de 1998 e 2005. Dos trezentos e treze prontuários dos pacientes que atendiam aos critérios estabelecidos, cento e três foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão no estudo e/ou por não possuírem domicílio em Paranaguá. Assim, ao foram tabulados os registros de duzentos e dez prontuários.

Quadro 3: Levantamento anual de procedimentos prestados pelo GAPER no período compreendido entre 1998 a 2005.

	Ano de atividade								
Procedimentos	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**Total**
Consultas especializadas	318	1469	333	345	261	632	759	217	4334
Consultas de apoio	587	685	597	662	468	649	363	592	4603
Testes alérgicos	93	221	106	15	0	0	300	350	1085
Inalações	617	637	337	164	91	357	803	1672	4678
Cursos	599	677	202	758	31	135	60	199	2661
Treinamento técnico	40	51	63	214	130	6	2	4	510
Medicamentos entregues	1548	6272	2178	1882	1077	1454	642	751	15804
Fisioterapia	0	878	1802	978	598	1510	1942	9781	17489
Espirometria	0	0	0	14	148	500	504	20	1186
Oximetria	0	0	0	0	0	189	803	7282	8274
Cadastros Med. SME	-	-	-	-	-	-	-	199	199
Total	**3802**	**10890**	**5618**	**5032**	**2804**	**5432**	**6178**	**21067**	**60823**

Fonte: Relatório institucional de Julho/2006 para SESa/PR.

Sobre a distribuição demográfica do domicílio dos pacientes

A distribuição de gênero dos 210 casos foi 58% do sexo masculino e 42% do sexo feminino. A origem domiciliar foi identificada para 66 áreas/bairros do município de Paranaguá, representando uma densidade média geral de 3.18 pacientes/bairro. O agrupamento dos pacientes por bairro/área mostrou que cerca de 57% se distribuía entre 58 bairros do município, enquanto 43% residia em apenas oito bairros não contíguos (Tabela 1). A partir desta constatação, todos os aspectos envolvidos na proposta do estudo foram diferenciados para análise específica nos oito bairros mais prevalentes. Quanto aos desencadeantes de crises relatados, estes foram agrupados segundo as maiores freqüências de ocorrência e sua representatividade nos bairros mais prevalentes (Tabela 2). Outros fatores desencadeantes de crises asmáticas foram identificados em menores freqüências de relatos, entre eles correr (18,57%), contato ou inalação de inseticidas (18,10%), choro ou riso excessivo (12,38%) e infecções respiratórias (6,67%).

Tabela 1: Distribuição demográfica do domicílio, gênero e referências a internações hospitalares por crises de asma relatadas pelos pacientes provenientes dos bairros/áreas mais prevalentes de Paranaguá/PR.

			GÊNERO		INTERNAÇÕES	
Bairro	**Nº pacientes**	**%**	**M**	**F**	**Sim**	**Não**
Ilha dos Valadares	28	13,33	17	11	15	13
Vila São Vicente	14	6,67	8	6	8	5
Jardim Guaraituba	12	5,71	5	7	5	7
Vila Guarani	10	4,76	8	2	5	5
Jardim Esperança	10	4,76	5	5	8	2
Santos Dumond	9	4,29	6	3	5	4
Parque Agari	8	3,81	7	1	2	6
No. pacientes	**91**		**56**	**35**	**48**	**42**
% do geral (n=210)	**43.33%**		**46.28%**	**39.33%**	**22.86%**	**20.00%**

Tabela 2: Distribuição dos fatores desencadeantes mais freqüentes, relatados pelos pacientes das áreas/bairros mais prevalentes, e sua representatividade percentual em relação à amostra total (n=210).

Bairro	tempo	frio	pó	chuva	umidade	odor	perfumes	cigarros
Ilha dos Valadares	20	18	15	13	10	13	12	13
Vila São Vicente	13	13	13	9	10	9	9	10
Jardim Guaraituba	11	12	7	10	11	8	8	7
Vila Guarani	8	6	8	5	5	5	7	6
Jardim Esperança	10	10	8	8	8	6	6	5
Santos Dumond	9	8	6	6	6	5	5	4
Parque Agari	7	6	5	5	5	3	2	3
Nº total	78	73	62	56	55	49	49	48
% do geral (n=210)	37,14	34,76	29,52	26,67	26,19	23,33	23,33	22,86

DISCUSSÃO

Detentora de um aumento da prevalência nas últimas décadas em muitos países, juntamente com as alergias, a asma foi responsável por 2,3% das internações na década de 90, e por cerca de 350.000 internações no Brasil (PASTORINO *et al*., 2006; SOLÉ *et al*., 2006a; SOLÉ *et al*., 2006b). Este cenário situa a doença como a quarta causa de internações em todo o país, e a terceira, nas regiões Nordeste e Sul, excluindo-se gravidez (PEREIRA e NASPITZ, 1998).

Dados do *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*, cuja participação brasileira figurou através de algumas cidades, revelaram que na faixa etária entre 6 a 7 anos a prevalência de asma diagnosticada oscilou entre 4,7 e 20%; e entre 13 e 14 anos, a mesma prevalência oscilou entre 4,8 e 21,9% (ISAAC, 1998). Em Curitiba, cidade participante do estudo, uma alta prevalência de asma (18,7%) e de rinite alérgica (17,2%) foram identificadas (RIEDI *et al*., 2005), estabelecendo um retrato indubitável do impacto social que estas doenças apresentam sobre a comunidade, enquanto um problema de Saúde Pública. Nos anos de 2004 e 2005, um novo estudo da mesma natureza metodológica foi conduzido no município portuário de Paranaguá. Pela avaliação de 1007 estudantes da rede pública estadual de ensino entre 13 e 14 anos, foram obtidas evidências para uma prevalência de 23,5% para asma; este índice é superior àquele encontrado em Curitiba, e é relatado como o segundo maior no Brasil (SPINELLI *et al*., 2007). O presente trabalho foi, então, em busca de elementos e informações que, em conjunto aos dados já disponíveis, cooperassem para com as discussões sobre a natureza das intervenções necessárias pelas esferas e instituições pertinentes.

Apesar dos esforços para oferecer cuidados de maior qualidade para asmáticos na última década, a maioria dos pacientes ainda não se beneficiaram dos avanços no tratamento da asma e muitos nem mesmo recebem rudimentos de cuidados adequados, pois são sub-diagnosticados (GINA, 2006). Enquanto o diagnóstico precoce da asma e implementação de terapia integrada apropriada é capaz de reduzir de modo significativo o ônus sócio-econômico da asma, e ampliar a qualidade de vida do paciente, ainda são os medicamentos que continuam a ocupar o maior componente dos custos do tratamento para asma para o gestor da saúde (GINA, 2006). Este panorama pode explicar porque, nos últimos dez anos, os países em desenvolvimento vêm apresentando aumento da mortalidade por asma, chegando a 5-10% do total das mortes por causa respiratória, com uma proporção elevada de óbitos domiciliares (ISAAC, 1998).

Os dados deste estudo mostraram que, apesar dos distúrbios respiratórios terem representado 34% dos atendimentos infantis nas unidades ambulatoriais da rede SUS dos municípios litorâneos do Paraná, e chegado a atingir quase 50% das internações nos municípios de Matinhos e Antonina, não existem unidades de atendimento especializado em pneumologia pediátrica na rede SUS em nenhum dos sete municípios. Este fato, somado aos índices verificados, conduziram à consideração de que é preciso abordar a asma como um problema de saúde pública, buscando a identificação de características e planejamentos de estratégias regionais para a doença permitam um investimento maior em prevenção e educação (GINA, 2006), racionalizando o balanço entre investimentos e resultados de efetividade na qualidade do atendimento ao asmático.

A única unidade especializada identificada pela 1ª Regional de Saúde do Paraná é uma Organização Não-Governamental (ONG) conveniada à rede SUS, com sede em Paranaguá, é a única opção de todas unidades básicas de saúde (UBS) da rede-SUS dos municípios da 1ª. Regional de Saúde para encaminhamento de pacientes com suspeita de asma. A despeito do fato, de direito o estatuto do *Grupo de Apoio ao programa de Educação Respiratória* (GAPER), bem como recursos físicos, humanos e infra-estrutura foram projetados apenas para atividade de manutenção clínica e educação para cuidados com pacientes asmáticos graves. A missão do GAPER é a divulgação de programas de educação respiratória, e o atendimento de controle da asma grave para pacientes cadastrados.

Este *modus operandi* das UBS dos municípios litorâneos suscita duas questões: (1) usuários do SUS que apresentam outras doenças respiratórias, que não a asma, não têm obtido acesso ao atendimento local especializado?; (2) os asmáticos dos outros municípios, que não Paranaguá, conseguem manter a aderência necessária ao tratamento, uma vez que precisam necessariamente se deslocar a Paranaguá ou Curitiba, para se cadastrar nos programas governamentais, que mantém a doação de medicação de uso contínuo?

Sobre estas questões, faz-se necessário trazer à baila os achados de Solé *et al.*(2007) que concluíram não haver associação entre prevalência de asma e sintomas relacionados com a condição sócio-econômica dos pacientes, *letteris*: "*...no Brasil a prevalência de asma e sintomas relacionados é completamente variável e independente da condição sócio-econômica*." Como contraponto reflexivo, cita-se Rosário Filho (2007), *letteris*: *"...em nosso meio, dois fatores adicionais são impor-*

tantes: a baixa adesão ao tratamento e o nível sócio-econômico, dificultando o acesso à medicação e serviços de saúde."

Com opções de tratamento limitadas e a baixa adesão do paciente ao tratamento preconizado pelas melhores práticas clínica recomendadas (WERK *et al*., 2000), a refratariedade à terapêutica, encontrada em alguns casos, poderia ser explicada através da indução lógica, onde se constata três fatores associados: (a) alta prevalência da doença; (b) população de baixa condição sócio-econômica, domiciliada em município portuário; (c) ausência de atendimento especializado local. Em tese, o conjunto dessas premissas induziria ao manejo inadequado do tratamento da asma, quer pela subdiagnose da doença, quer pela inadequação às melhores práticas clínicas para a doença, preconizadas por consensos.

Tais considerações conduzirão à outra questão: (3) se os indicadores sobre atendimentos por doenças respiratórias na rede SUS representaram o maior percentual de atendimentos nos municípios da 1ª Regional de Saúde do Paraná, qual a relevância da asma neste contexto? Um estudo sobre esta questão seria necessário para discutir sobre as evidências que sustentariam as necessidades dos sete municípios litorâneos receberem mais recursos financeiros, técnicos e espaço físico e, com isso, alavancar programas como ASMA & RINITE (SILVA, 2004), e ASMA GRAVE, fortalecendo aquele já oferecido pelo GAPER e expandindo-o, através da implantação de unidades "espelho".

A prevalência da asma, cujos dados estão disponíveis apenas para o município de Paranaguá foi fruto do trabalho de Spinelli *et al.* (2005) e conduziu à necessidade de readequação de método de trabalho, restringindo-se ao levantamento dos 313 prontuários de pacientes ativos, utilizados para identificar a distribuição demográfica dos domicílios Paranaguá, para se pudesse chegar ao objetivo de mapear demograficamente a doença. Destes, 96 foram excluídos por não observarem clareza no preenchimento dos dados de domicílio, e/ou relatos de fatores desencadeantes de crise, e/ou clara menção à internação anterior, ou não, motivada pela doença. Outros sete prontuários foram excluídos por serem os pacientes domiciliados em diferentes municípios.

Considerados 210 prontuários de pacientes residentes em Paranaguá, a origem domiciliar foi estabelecida em 66 bairros ou áreas. A razão pacientes/bairros ofereceu como resultado inicial uma densidade média de 3,18 pacientes/bairro. No entanto, agrupamentos demográficos específicos levantaram luz sobre outra questão: enquanto 57% dos domicílios distribuíram-se entre 58 bairros, 43% dos pacientes residiam em apenas oito bairros. Esta ultima região foi denominada *"região prevalente"*.

Tendo por foco os oito bairros mais prevalentes, foi novamente aplicada a razão pacientes/bairros, atingindo-se como resultado uma densidade de 13 pacientes/bairro. Este fato reconduziu os passos do estudo, focando-o para a demografia da asma no município de Paranaguá/PR.

Enquanto o SIH/SUS relata percentuais de internação por doença respiratória em torno de 28% (DATASUS, ano base 2005), entre os asmáticos em tratamento no GAPER/Paranaguá este índice chegou a quase 53%, quando tomados os oito bairros/áreas de domicílio. Instigou o fato de se tratar de regiões não-contíguas geograficamente, excluindo quase totalmente a possibilidade de um único fator ambiental estar envolvido e/ou ser atribuído como causa provável de deflagração de crises que geraram internação hospitalar (PIOVESAN *et al*., 2006).

Na região prevalente, uma particularidade saltou aos olhos: os bairros Vila São Vicente e Jardim Esperança mostraram os mais altos relatos de internação pela doença, respectivamente 62% (8/13) e 80% (8/10). Embora isoladamente este não seja um indicador conclusivo a respeito da gravidade da doença, a taxa encontrada é seguramente superior àquelas descritas pelo estudo de Rodrigues *et al.* (2007) e pelo II Consenso Brasileiro no Manejo de Asma (PEREIRA e NASPITZ, 1998).

Modificações meteorológicas, poeira, poluição (SOLÉ *et al*., 2006a), odores em geral, incluindo fumaça de cigarro e resíduos de soja, por ser uma cidade portuária. onde sazonalmente ocorre a descarga da produção de soja para os navios, foram relatados como desencadeantes relevantes para crises da doença. Novamente, os bairros Vila São Vicente e Jardim Esperança apresentaram os maiores índices de queixas para estes desencadeantes. Ao avaliar estes números, foi considerado que possam existir características específicas adicionais que, em uma cidade portuária como Paranaguá, demandam uma análise ambiental detalhada nestes bairros, que possam vir a apontar possíveis fatores precipitantes ambientais relevantes (MATTOS *et al*., 2006).

Como estratégia secundária aos resultados de uma análise ambiental, tem-se a recomendação do Consenso de Manejo da Asma (PEREIRA e NASPITZ, 1998), que propõe que os resultados sejam explorados por ações educativas, envolvendo administração pública, grupos treinados para educar comunidades para a compreensão e apreensão dos hábitos e cuidados ambientais e de higiene doméstica que minimizariam a exacerbação da doença.

É importante integrar, neste momento de reflexões, a conclusão do estudo de WERK *et al.* (2000) segundo o qual a maior parte dos pediatras concordam com a multifatoriedade clínicas comuns que, juntas, podem estabelecer um diagnóstico de asma (WERK *et al*., 2000). Porém, estes mesmos profissionais discordam sobre se as combinações são importantes, e quais delas seriam determinantes ou prognósticas de agressividade da doença. Tem-se, portanto, a clara visão de que alguns conceitos permanecem distorcidos para os não-especialistas que atuam em regiões geograficamente mais distantes ou modestas, a despeito da ampla disseminação de consensos de práticas clínicas em asma (PEREIRA e NASPITZ, 1998; FRITSCHER *et al*., 2001; GINA, 2006).

Este estudo contribui para alertar sobre a necessidade de parcerias entre centros especializados e a rede-SUS na atenção à saúde e no planejamento e execução de metas de intervenção para modificar o desvio dos dados encontrados na cidade portuária de Paranaguá/PR, em relação às médias nacionais. Só se considera a doença controlada quando esta apresenta mínimas manifestações ou requer poucas medicações para estabilizar seus sintomas (GINA, 2006); assim, se a gravidade da doença é um estado dinâmico, variável ao longo do tempo, e não definida estaticamente por medidas pontuais de função pulmonar, ou controle momentâneo de sintomas, as ações educativas e ambientais consubstanciar-se-iam em pilares fundamentais para uma mudança de cenário epidemiológico (RIEDI, 2005).

Para elevação de tais pilares, deve haver motivação e apoio, através de parcerias público-privadas que tornem viáveis ações educativas específicas e voltada para a apreensão do conceito de saúde pelo cidadão, e acompanhamento adequado e continuado da evolução clínica dos pacientes junto às suas comunidades, fundamental na preservação da qualidade de vida. Conclui-se, portanto, que este estudo tenha sinalizado a clara necessidade de planejamento e

execução de metas de intervenção para modificar o desvio dos dados encontrados na cidade portuária de Paranaguá/PR, em relação às médias nacionais, podendo-se para isso mobilizar parcerias centros especializados e unidades da rede-SUS.

AGRADECIMENTOS

A equipe da Disciplina de Alergia, Imunologia e Pneumologia Pediátrica do HC-UFPT agradece o apoio da Presidente do GAPER/Paranaguá, Sra. Lílian Picanço pela colaboração neste estudo, que permitiu a formalização da parceria GAPER-UFPR em 2007 e 2008.

REFERÊNCIAS

Pereira CAC, Naspitz C (coord). II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Pneumol 1998; 24(4): 171-276.

Solé D, Camelo-Nunes IC, Wandalsen GF, Mallozi MC, Naspitz CK and Brazilian Isaac's Group. Is the Prevalence of Asthma and Related Symptoms among Brazilian Children Related to Socioeconomic Status? J Asthma 2007; 44: 1-5.

Rosário Filho NA. Editorial da Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Rev Bras Alerg Imunopatol 2007; 30(2): 39-40.

Fritscher CC (coord) Fiterman J, Pereira CAC (ed) Diagnóstico e Tratamento as Asma Brônquica. In: PROJETO DIRETRIZES. São Paulo/SP; 2001.

Silva CMPC. Asma e Rinite: linhas de conduta na atenção básica. In: Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF : Ministério da Saúde; 2004. 40p.

Piovesan DM, Menegotto D, Kang S, Franciscatto E,Millan T, Hoffmann C, Pasin LR, Fischer J, Menna Barreto SS DP. Avaliação prognóstica precoce da asma aguda na sala de emergência. J Bras Pneumol 2006; 32(1): 1-9.

Rodrigues AT, Fernandes FR, Aun WT, Melo JF, Carvalho APE, Silva BG. Características clínicas de pacientes com asma de difícil controle. Rev bras alerg imunopatol 2007; 30(2): 56-61.

The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC). Eur Respir J 1998; 12: 315-35.

Spinelli LM, Rosário NA, Riedi CA, Schmidt AV, Jorge JJ, Malucelli M, Cramer MS, Correa-Celi JC, Albanus A. Risk Factors for Asthma in Adolescents: ISAAC phase-II in Brazilian Coast City. San Diego: Anais do Congresso Anual da Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia, 2007.

DATASUS-Website. Indicadores de saúde. Internet, disponível em < www.saude.gov.br >. Capturado em 30/08/2007.

Pastorino AC, Rimazza R, Leone C, Castro APM, Solé D, Jacob CMA. Risk Factors for Asthma in Adolescents in a Large Urban Region of Brazil. J Asthma 2006; 43: 965-700.

Solé D, Camelo-Nunes IC, Wandalsen GF, Pastorino AC, Jacob CMA,Gonzalez C,Wandalsen NF, Rosário Filho NA, Fischer GB, Naspitz CK. Prevalence of Symptoms of Asthma, Rhinitis, and Atopic Eczema in Brazilian Adolescents Related to Exposure to Gaseous Air Pollutants and Socioeconomic Status. J Investig Allergol Clin Immunol 2006a; 16(7): 000-000.

Solé D, Melo K, Camelo-Nunes IC, Freitas LS, Britto M, Rosário NA, Jones M, Fischer GB, Naspitz CK. Changes in the Prevalence of Asthma and Allergic Diseases among Brazilian Schoolchildren (13–14 years old): Comparison between ISAAC Phases One and Three. J Tropical Ped 2006b; September 29: 1-9.

Riedi CA, Rosário Filho N, Ribas LFO, Backes AS, GF Kleiniibing, Popija M, Reisdörfer S. Increase in prevalence of rhinoconjunctivitis but not asthma and atopic eczema in teenagers. J Invest Allergol Clin Immunol 2005; 15(3): 183-188.

Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Hamilton/Ontario (CAN): MCR Vision Inc, 95p. 2006.

Mattos W, Grohs LB, Roque F, Ferreira M, Mânica, Soares E. Estudo comparativo entre o manejo da asma em uma unidade de referência da rede pública de Porto Alegre (RS) e as proposições do III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Bras Pneumol 2006; 32(5): 385-90.

Werk LN, Steinbach S, Adams WG, Bauchner H. Beliefs About Diagnosing Asthma in Young Children. Pediatrics 2000; 105: 585-90.