

Programas e centros de atenção a asmáticos no Brasil; uma oficina de trabalho: revisitando e explicitando conceitos*

A workshop on asthma management programs and centers in Brazil: reviewing and explaining concepts

Rafael Stelmach, Alcindo Cerci Neto, Ana Cristina de Carvalho Fernandez Fonseca, Eduardo Vieira Ponte, Gerardo Alves, Ildely Niedia Araujo-Costa, et al.

Resumo

Objetivo: Relatar os resultados de uma oficina de trabalho sobre programas e centros de atenção a asmáticos (PCAAs) no Brasil para que possam servir como instrumento para melhoria e avanço dos PCAAs existentes e criação de novos. **Métodos:** A oficina de trabalho constituiu-se de cinco apresentações e discussões em grupos. Os grupos de trabalho discutiram os seguintes temas: implementação de uma linha de cuidado em asma; recursos humanos necessários para os PCAA; recursos necessários para financiar os PCAA; e manutenção do funcionamento dos PCAAs. **Resultados:** A oficina envolveu 39 participantes de todas as regiões do país, representando associações de asmáticos (n = 3), centros universitários (n = 7) e PCAAs (n = 29). Evidenciou-se uma relação direta entre a ausência de planejamento e o insucesso dos PCAAs. Com base nas experiências brasileiras elencadas durante a oficina, as premissas comuns foram a importância da sensibilização do gestor, maior participação da comunidade, interdependência entre a atenção primária e a especializada, observação da regionalização e utilização dos medicamentos disponíveis no sistema público de saúde. **Conclusões:** O Brasil já tem um núcleo de experiências na área programática da asma. A implementação de uma linha de cuidado em doenças respiratórias crônicas e sua inclusão nas redes de saúde parecem ser o caminho natural. Porém, a experiência nessa área ainda é pequena. Agregar pessoas com experiência nos PCAAs na elaboração da linha de cuidado em asma encurtaria tempo na criação de redes de atenção com possível efeito multiplicador, evitando que se partisse do zero em cada local isolado.

Descritores: Asma; Centros médicos acadêmicos; Centros educacionais de áreas de saúde; Organizações de planejamento em saúde; Programas médicos regionais; Programas de assistência gerenciada.

Abstract

Objective: To report the results of a workshop regarding asthma management programs and centers (AMPCs) in Brazil, so that they can be used as a tool for the improvement and advancement of current and future AMPCs. **Methods:** The workshop consisted of five presentations and the corresponding group discussions. The working groups discussed the following themes: implementation of asthma management strategies; human resources needed for AMPCs; financial resources needed for AMPCs; and operational maintenance of AMPCs. **Results:** The workshop involved 39 participants, from all regions of the country, representing associations of asthma patients (n = 3), universities (n = 7), and AMPCs (n = 29). We found a direct relationship between a lack of planning and the failure of AMPCs. Based on the experiences reported during the workshop, the common assumptions about AMPCs in Brazil were the importance of raising awareness of managers; greater community participation; interdependence between primary care and specialized care; awareness of regionalization; and use of medications available in the public health system. **Conclusions:** Brazil already has a core of experience in the area of asthma management programs. The implementation of strategies for the management of chronic respiratory disease and their incorporation into health care system protocols would seem to be a natural progression. However, there is minimal experience in this area. Joint efforts by individuals with expertise in AMPCs could promote the implementation of asthma management strategies, thus speeding the creation of treatment networks, which might have a multiplier effect, precluding the need for isolated centers to start from zero.

Keywords: Asthma; Academic medical centers; Area health education centers; Health planning organizations; Regional medical programs; Managed care programs.

*Trabalho realizado na Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC-FMUSP – São Paulo (SP) Brasil.

Endereço para correspondência: Rafael Stelmach. Avenida Enéas de Carvalho Aguiar, 44, 5º andar, Divisão de Pneumologia, CEP 05403-000, São Paulo, SP, Brasil.

Tel. 55 11 3285-3407. E-mail: pnerafael@incor.usp.br

Apoio financeiro: Este estudo foi financiado pelo Apoio Educacional Irrestrito da Associação Programa para Controle da Asma na Bahia/ *Global Initiative for Asthma* (ProAR/GINA) e da Chiesi Farmacêutica.

Recebido para publicação em 21/8/2014. Aprovado, após revisão, em 17/11/2014.

Introdução

Alguns programas e centros de atenção a pacientes com asma em funcionamento estão entrando na maioria cronológica. Em um editorial, Holanda⁽¹⁾ descreveu resultados de questionários sobre Programas e Centros de Atenção a Asmáticos (PCAA) no Brasil respondidos por 16 associados da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) ou regionais afiliadas. Naquela ocasião, 14 PCAAs (87,5%) confirmaram seu funcionamento regular, 10 deles com início nos anos 90. Vistas de hoje, as respostas relativas à atenção ao asmático parecem alarmantes: não havia disponibilidade de medicação inalada (somente por via oral), a demanda de pacientes era maior que a disponibilidade, e não existiam ambulatórios especializados em asma.

Muitos PCAAs foram criados com a divulgação e a disseminação das primeiras diretrizes nacionais e internacionais para o manejo de asma publicadas na mesma década. Dessa forma, impulsionaram a realização do I e II Congressos Brasileiros de Asma em 1997 e 1999, respectivamente. A ausência de disponibilidade de corticosteroides inalados (CIs) nos órgãos públicos afrontava a pedra angular do tratamento da asma persistente, emanado das diretrizes. São pioneiros daquela época os PCAAs de Belo Horizonte, Fortaleza e São Paulo, que já mostravam que educar pacientes diminuía o número de internações e melhorava a qualidade de vida desses.^(1,2)

Um grupo de autores⁽²⁾ elaborou uma linha cronológica da evolução das políticas públicas e de PCAAs no Brasil desde 1996, demonstrando que, em 1998, criou-se a Política Nacional de Medicamentos, o que levou a dispensação de medicamentos para o controle da asma. Essa disponibilização deu ânimo e fôlego para a criação de novos programas e exigiu a implementação de centros de referência.⁽²⁾ Não por acaso é de 2001 a Carta de Salvador,⁽³⁾ conclamando pelo Plano Nacional de Controle de Asma. Porto Alegre, Goiânia, Londrina, Niterói, Salvador, Feira de Santana, Rio de Janeiro e Vitória constituíram seus PCAAs ao mesmo tempo em que foram sendo criadas portarias que regulamentavam o financiamento e a transferência de recursos federais para os serviços de saúde.⁽²⁾ Naquele período, além de garantir assistência ao asmático, alguns PCAAs se destacaram pela produção científica; outros, por proporcionar treinamento para profissionais de várias áreas; e outros ainda, por expandir-se

para pequenos municípios, descentralizando as ações.

Em 2007, em um editorial,⁽⁴⁾ fez-se um balanço da década e destacou-se a necessidade de capacitação profissional e de financiamento para o avanço da qualidade da assistência pelo aprimoramento dos PCAAs. Exemplos de programas brasileiros de asma foram mostrados em 2008, através de repostas a formulários enviados aos associados da SBPT e da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia.⁽⁵⁾ De 55 serviços que afirmavam ter um programa sistematizado, 11 deles (20%) não responderam aos questionamentos estruturais e outros 27 (49%) foram excluídos da análise (17 tratavam asma grave e 10 não tinham completado dois anos de programa). Todos os 17 programas analisados utilizavam recursos públicos para sua manutenção. Em 4 (23%), o financiamento era exclusivamente do Estado, enquanto os outros 13 (77%) tinham financiamento municipal e estadual. Não existiam programas na região Norte. Todos os 17 programas possuíam centros de referência com médicos especialistas, e, em 47% deles, eram desenvolvidas atividades educacionais direcionadas à comunidade através de palestras ou visitas individuais; também em 47%, havia consultas de enfermagem; e, em 41%, eram adotadas estratégias de saúde pública, como saúde de família, acolhimento, humanização e participação de agentes comunitários. Naquele estudo,⁽⁵⁾ mostrou-se que, a partir de 2003, o número de programas aumentou de forma significativa, com o financiamento público integral para a compra de medicamentos para asma.

Alguns programas bem sucedidos deixaram de existir em função de mudanças político-administrativas. Entretanto, pode-se afirmar que não se disseminaram pelo país. Continuam em número inferior às cinco dezenas, como mencionado acima. Em grande parte, são sustentados pela dedicação de alguns indivíduos – especialistas em suas áreas de atuação – e muitas vezes com recursos de agências de fomento e/ou de parcerias com a iniciativa privada. Na maioria das localidades não se tornaram programas ou linhas de cuidado das secretarias municipais ou estaduais de saúde, até porque o próprio Ministério da Saúde tampouco priorizou, até agora, as linhas de cuidado em relação a doenças crônicas respiratórias.

Entre 1991 e 2010, o panorama epidemiológico mudou, com o crescimento da população brasileira

a razão de 20 milhões por década. Saltou de 146,8 milhões, em 1991, para 190,7 milhões, em 2010.⁽⁶⁾ Isso significa que houve um aumento no número de asmáticos. Por outro lado, o número de hospitalizações por asma no Sistema Único de Saúde (SUS) diminuiu de 400 mil/ano para menos de 200 mil/ano entre 2000 e 2012,⁽⁷⁾ com uma diminuição não proporcional de 30% no gasto bruto com essas hospitalizações (R\$ 110 milhões vs. R\$ 80 milhões). É correto afirmar que os centros e programas de asma ajudaram nessa diminuição de internações. Além disso, esses incentivaram as mudanças que instituíram as leis e normativas nacionais que levaram inicialmente a descentralização do pagamento de medicamentos para asma e rinite, assim como a publicação do Caderno de Atenção Básica de rinite, asma e DPOC⁽⁸⁾ e, mais recentemente, do já revisado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Asma.⁽⁹⁾ Em alguns centros, a assistência a portadores de DPOC foi agregada à de asma em adultos, dada sua alta prevalência e como diagnóstico diferencial obrigatório, além de sua normatização em nível federal.⁽¹⁰⁾ Com a regulamentação dos componentes básicos (municipal) e especializados (estadual) da atenção farmacêutica, assim como a distribuição gratuita da medicação básica para asma em farmácias conveniadas desde 2012, pode-se afirmar que já existe um financiamento público adequado.⁽²⁾ Entretanto, as demandas da população por mais recursos/insumos para as doenças respiratórias crônicas tornaram-se reais para a saúde pública e privada, inclusive pela via da judicialização.⁽¹¹⁾ Outra mudança ocorrida na saúde pública foi a valorização da estratégia de saúde da família. Segundo o Ministério da Saúde,⁽¹²⁾ metade da população brasileira recebe algum atendimento por ela, tendo como um dos desfechos atuais o controverso programa de importação de médicos. Por outro lado, diversos estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que mais de 50% dos asmáticos avaliados não estão controlados,⁽¹³⁾ o que pode ser comprovado pelo ainda baixo consumo de Cls.⁽¹⁴⁾

O que fazer para prover a assistência aos ainda desassistidos e continuar a mudar a morbidade e a mortalidade da asma no Brasil é a questão. A *Global Initiative for Asthma* (GINA)⁽¹⁵⁾ propõe que, em 2015, tenhamos menos de 100 mil internações/ano por asma no Brasil. É necessário lembrar que, apesar da diminuição de internações, estatísticas oficiais mostram que o número de

mortes por asma (3.000 mortes/ano) manteve-se inalterado.⁽⁷⁾ Como manter a história dos PCAAs, tornando-os prioritariamente referência de educação e assistência, é o desafio proposto. Como multiplicá-los (física ou conceitualmente) é um desafio e uma exigência. Para tentar responder essas questões, propôs-se a realização de uma oficina de trabalho de PCAAs no Brasil. O presente estudo teve como objetivo mostrar os resultados dessa oficina, divulgando seus resultados como instrumentos para a melhoria e o avanço dos centros e programas ainda existentes, assim como para o estímulo a criação de novos.

Métodos

A partir de uma listagem de PCAAs identificados nos levantamentos realizados em 2000, 2008 e 2013 (esse último não publicado), quatro coordenadores de PCAAs existentes desde os anos 90 elencaram profissionais de saúde com atividades relacionadas em todo o Brasil. Levou-se em consideração a distribuição geográfica, o tempo de existência do PCAA (perenidade), sua infraestrutura, produção científica, formação de quadros especializados em doenças respiratórias crônicas e produção de experiências bem sucedidas ou inovadoras na área. Foram indicados também alguns profissionais envolvidos com a atenção terciária (asma grave), bem como responsáveis por associações de pacientes asmáticos com formação na área de saúde. Foram convidados médicos, enfermeiros e farmacêuticos que estivessem diretamente envolvidos com os processos nos PCAAs e que, de preferência, não exercessem a gestão dos programas. Dois coordenadores da oficina de trabalho elaboraram uma lista com 48 convidados após a consulta aos PCAAs, assim como de associações de pacientes nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Os objetivos propostos para a oficina de trabalho em asma foram os seguintes:

- Compilar as experiências bem sucedidas brasileiras e as dificuldades em se implementar linhas de atenção para pacientes asmáticos no SUS.
- Traçar um panorama brasileiro de iniciativas em asma em suas diversas fases (planejamento e inserção regional; capacitação profissional e protocolização; financiamento e gestão; expansão e consolidação; e diretrizes nacionais para programas de asma).

- Apontar e propor soluções para problemas associados ao desenvolvimento dos PCAAs já em andamento no país.
- Elaborar um manual prático para a implementação de ações programáticas e de centros de excelência para o tratamento da asma.

A agenda da oficina foi elaborada para privilegiar o trabalho em grupo. Os coordenadores definiram os temas propostos para discussão. Apresentações sobre temas pontuais serviram para embasar as discussões em grupo. Cada grupo possuía dois coordenadores, que ficaram encarregados de registrar as discussões e apresentá-las em plenárias. O Quadro 1 mostra um resumo da programação.

As discussões ocorridas nos grupos foram gravadas em tempo real por uma empresa especializada em edição de eventos. A sistematização dos resultados foi realizada a partir da fusão dos relatórios dos grupos, das

anotações pelos coordenadores (da oficina e de grupo) e do texto elaborado pela empresa de edição. Os resultados estão apresentados de acordo com os eixos de discussão dos grupos.

Resultados

Dos 48 convidados, 39 compareceram ao evento, realizado na cidade de São Paulo e com duração de oito horas. Todas as regiões do país estiveram representadas (regiões Norte, Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste com 1, 2, 8, 11 e 17 representantes, respectivamente). O grupo profissional constituiu-se de 13 pneumologistas, 8 pneumopediatras, 6 alergistas/imunologistas, 6 pediatras (sendo 2 alergologistas), 2 médicos de família/comunidade, 3 farmacêuticos e 1 enfermeiro. As associações de asmáticos tiveram 3 representantes presentes. Sete profissionais representaram centros de referência universitários (secundários/terciários) e 29 representavam

Quadro 1 – Programa da oficina de trabalho sobre centros e programas de atenção em asma.

Conteúdo do programa
Apresentações
Conjuntura do momento da realização do evento
Asma e Saúde Pública – panorama atual
Ações programáticas em asma – linha de conduta
Atenção primária nos programas respiratórios: matriciamento em Asma/DPOC
Dificuldades/soluções para um programa de asma de grande demanda
Formação de grupos de trabalho a partir de eixos norteadores
Dificuldades em implementar uma linha de cuidado em asma
Ausência de planejamento
Distanciamento do contexto regional
Modelo inadequado de inserção regional
Falta de parcerias
Obtenção de recursos humanos para os programas de asma
Importância da capacitação
Quem deve ser capacitado?
É importante a criação de protocolos regionais?
Como envolver a comunidade no processo?
O papel do centro de referência na criação de recursos humanos
Recursos para financiar o programa nos setores público/privado/acadêmico
Quais os financiamentos existentes?
Como ter acesso a estes recursos?
Como e quem deve administrar os recursos?
Onde e como os recursos devem ser gastos? (educação, capacitação, medicamentos?)
Como manter o programa de asma funcionando
O programa de asma funciona, e agora?
Como expandir e reproduzir a ideia?
Vale a pena incorporar outras doenças?
Apresentação das conclusões dos grupos de trabalho
Debates

PCAAAs. Ainda que três desses centros/PCAAAs tivessem gerenciamento privado, todos estavam direcionados ao SUS.

Os resultados dos grupos de estudo foram sistematizados e encontram-se descritos como se segue:

Dificuldades em implementar uma linha de cuidado em asma

Ausência de planejamento

- O planejamento estratégico é fundamental para implementar uma linha de cuidado em asma a fim de minimizar as potenciais dificuldades de execução e maximizar a sensibilização da sociedade e do gestor público.
- Através do planejamento, o gestor público se compromete com o apoio político e financeiro, mesmo quando há mudanças políticas locais.
- Para a manutenção de apoio do gestor público, a linha de cuidado em asma deve ter relação custo-benefício adequada e priorizar o fornecimento de medicação gratuita ambulatorial, pois isso reduz os gastos com internação e melhora a produtividade do paciente e do profissional de saúde.
- É importante estimar o número de pacientes que serão atingidos pela intervenção. As linhas de cuidado que priorizam a atenção básica têm um grande volume de pacientes que, individualmente, utilizam pouco a rede de serviços de saúde. Quando a linha de cuidado prioriza a atenção secundária, atenderá um volume menor de pacientes que individualmente consomem muitos recursos de saúde. Em longo prazo, nenhum dos níveis de atenção deve ser excluído, devendo haver mecanismos para que esses pacientes possam transitar em redes ou teias de atenção de acordo com o comportamento de sua doença.
- O planejamento focado na elaboração de ferramentas de coleta contínua de dados cria indicadores que podem mostrar o benefício e o impacto dessas ações na saúde pública.
- A sociedade civil e as sociedades médicas devem atuar em conjunto para evitar

retrocessos no cuidado do paciente com asma e, para isso, deve haver sensibilização da população.

- As sociedades de especialidades médicas e as de pacientes têm um histórico muito positivo na atuação em prol da implementação de linhas de cuidados em asma.
- Atualmente os programas de asma estão organizados em torno de indivíduos, com grande risco de perda de continuidade.

Distanciamento do contexto regional/ modelo inadequado de inserção regional

- Uma linha de cuidado em asma deve respeitar a heterogeneidade do país. Já existe uma rede de saúde mínima com capilaridade em quase todo o país – as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes/estratégias de saúde da família – que devem ser priorizadas.
- A linha de cuidado em asma deve aproveitar a estrutura disponível. Centros especializados são indispensáveis para treinar equipes de atenção básica sem experiência em asma e para a retaguarda dos casos refratários ao tratamento, inclusive disponibilizando essa estrutura a municípios menores (regionais).

Falta de parcerias

- Para a implementação e a manutenção de uma linha de cuidado em asma é preciso apoio do setor público/estatal, do setor privado (como escolas, indústrias farmacêuticas, mídia e planos de saúde) e do terceiro setor (como universidades, instituições religiosas, ONGs, fundações, associações, etc.).
- A estrutura física, a aquisição de medicamentos e as equipes de saúde são de responsabilidade principalmente dos municípios e dos estados. O setor privado e o terceiro setor podem contribuir com a disseminação de informação, o conhecimento tecnológico e a facilitação das ações do setor público/estatal. Essas contribuições podem ocorrer principalmente na promoção de reuniões científicas para as equipes

de saúde, na doação de espirômetros, no apoio na formação de associações de asmáticos, na disseminação na mídia de informações sobre asma para o leigo e no comprometimento para a venda dos medicamentos ao setor público pelo menor preço possível.

- A utilização de voluntários deve ser estimulada. As palestras em escolas e comunidades feitas pelo voluntariado têm impacto importante, segundo experiências da cidade de São Paulo. Ressalta-se que as atividades dos voluntários não são regulares e devem ser planejadas como de curta duração.

Obtenção de recursos humanos para os PCAAs

Importância da capacitação

- A capacitação contínua de todas as categorias de profissionais da saúde em todos os níveis da atenção se faz necessária para que os profissionais que trabalham no cuidado em asma saibam identificar, classificar e manejar os pacientes de forma adequada, reduzindo assim a morbidade e a mortalidade da doença, melhorando a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.
- Além dos profissionais da saúde, é de suma importância a capacitação de pacientes e familiares no reconhecimento da doença, dos períodos de crise e das formas de tratamento, evitando, dessa forma, complicações.
- Atualmente o foco da saúde pública é a Estratégia de Saúde da Família, responsável pelo cuidado integral do indivíduo. O objetivo é capacitar os profissionais da atenção básica para que esses sejam capazes de reconhecer os usuários com asma, classificá-los de acordo com os protocolos clínicos e manejá-los, de forma a reduzir encaminhamentos desnecessários aos centros de referência secundária e não sobrecarregar o sistema de saúde.
- Além das capacitações, é importante uma supervisão continuada da rede para a manutenção de uma assistência adequada, com encaminhamentos qualificados, fluxos

na rede bem definidos e monitoramento dos indicadores locais.

Quem deve ser capacitado?

- O treinamento deve ser conjunto para a equipe multiprofissional, utilizando uma informação comum a todas as categorias na qual se exemplifica o papel de cada um dentro do cuidado do paciente. Técnicas como o matriciamento podem aprofundar a função de cada profissional no dia a dia. Qualquer profissional capacitado pode ser um tutor local.
- Os profissionais dos centros de referência também devem ser capacitados para receber, acolher e atender pacientes de acordo com os protocolos de uma atenção especializada.
- A criação de núcleos regionais poderia realizar capacitações e consultorias em qualquer lugar do país através de parcerias, evitando grandes deslocamentos no país. Profissionais pertencentes às sociedades, instituições e universidades que estejam vinculados ao problema da asma na sociedade podem compor estes núcleos.

É importante a criação de protocolos regionais?

- Em relação à criação de protocolos regionais, destaca-se que as diretrizes assistenciais nacionais e internacionais já existentes são aplicáveis em todos os locais. De fato, são necessárias a criação de fluxos e a organização do serviço de acordo com as realidades locais.

Como envolver a comunidade no processo?

- Uma comunidade que conhece os riscos e custos de uma doença, assim como sabe que existem recursos para reduzi-los, se mobiliza junto aos poderes públicos na tentativa de melhoria da assistência para os usuários.
- O envolvimento da comunidade deve ser amplo, considerando asmáticos e não asmáticos, mas com ênfase na comunidade asmática, que engloba os pacientes e seus familiares.

- A disseminação desse conhecimento (doença e linhas de cuidado) deve ser ampla e pode ocorrer nos conselhos locais de saúde e nos meios de comunicação locais/regionais (televisão, rádios, igrejas e escolas). A divulgação de informações em meios eletrônicos de grande penetração como as redes sociais atinge grandes populações.
- Enfatizar para o paciente que ele é o responsável por reivindicar uma assistência de qualidade e completa, a qual inclui profissionais para o atendimento adequado, fornecimento de insumos necessários e educação permanente. Essa responsabilidade não pode ficar apenas com os profissionais da saúde.
- As crianças devem começar a receber educação em asma desde cedo, o que, além de fortalecer os laços familiares com relação à educação, estimula a adesão ao tratamento.

O papel do centro de referência na criação de recursos humanos

- Os centros de referência são os responsáveis, nas capacitações, por repassar informações sobre o fluxo de encaminhamento de pacientes e as etapas das linhas de cuidado em asma para todo o sistema. Esse conhecimento deve ser compartilhado por todos os profissionais que atuam no sistema, da atenção primária e dos centros de referência, sejam eles regionais/secundários ou terciários.
- Os centros de referência também são responsáveis por oferecer informações e pactuar com os profissionais da atenção primária os critérios de encaminhamento e acompanhamento dos pacientes para/do centro de referência. Padronizar o seguimento e o manejo dos pacientes, assim como os modelos de referência e contrarreferência, facilita o diálogo.

Recursos para financiar o programa nos setores público/privado/acadêmico

Quais os financiamentos existentes?

- O financiamento está parcialmente resolvido dentro de uma concepção ampla,

especialmente quando relacionado com medicamentos. A falta de financiamento implica descontinuidade das ações e perda da motivação.

- O governo federal disponibiliza as medicações para asma através do programa de medicações especiais e do programa “Farmácia Popular”. Alguns municípios contribuem com a disponibilização de CIs e broncodilatadores de curta ação nas UBS.
- Há a necessidade de um alinhamento entre o que está proposto pelas diretrizes/estratégias e o que realmente se tem para tratar o paciente e controlar a asma.

Como ter acesso a esses recursos?

- A discussão em grupo evidenciou a necessidade de uma melhor explicitação das formas de financiamento existentes e de alternativas através de um documento feito por especialistas em saúde pública com domínio amplo no assunto. Esse documento seria elaborado por sociedades de especialistas ou organizações/associações ligadas à asma.
- Existem formas e fontes de financiamentos desconhecidas pelo grupo.
- A distribuição de medicamentos especiais foi um avanço com o acréscimo dos β_2 -agonistas de longa duração; porém, em alguns programas, essa dispensação não tem um grande alcance, pois está focada em pessoas (não sistematizada).

Como e quem deve administrar os recursos?

- O controle social é muito importante porque é ele que impulsiona a continuidade do programa.
- A captação e a destinação dos recursos devem ser baseadas em critérios técnicos e não políticos.
- Deve-se tentar seguir uma linha de atenção compartilhada com o programa de saúde da família. Com a priorização do atendimento na atenção primária e com os recursos direcionados para esse atendimento, se não houver integralidade do cuidado do paciente, não se consegue pedir recursos para o programa de asma.

Não existe dinheiro específico para a asma, mas existe para a atenção primária.

- Existem também fontes de receitas além do governo federal, como outras fundações, através das quais poderão ser conseguidos recursos adicionais.

Onde e como os recursos devem ser gastos?

- Chegou-se à conclusão de que não há conflito entre as recomendações contidas nas diretrizes nacionais e internacionais e os medicamentos que são fornecidos aos pacientes. Os medicamentos deveriam estar contemplados para todas as etapas das diretrizes planejadas no programa.
- O financiamento para a educação em asma é tão necessário quanto para outras ações. O recurso existe, mas é imprescindível compreender e propor as formas de solicitá-lo.

Como manter o programa de asma funcionando

O presente grupo de trabalho optou por fundir as três perguntas previstas no programa: “o programa de asma funciona, e agora?”; “como expandir e reproduzir a ideia?”; e “vale a pena incorporar outras doenças?” em um tema único, descrito a seguir.

Estratégias para manter, expandir e reproduzir programas de asma

- Caracteriza-se como PCAA um conjunto de ações, objetivos e metas previamente definidas que venham atender a necessidade de uma população.
- A manutenção de um PCAA implica as seguintes estratégias: conhecimento da realidade local; coordenação multiprofissional e programa institucional; sensibilização e atualização permanente de profissionais; divulgação das ações; e participação da população.
- Identifica-se a importância da integralidade da atenção na assistência individual; no entanto, tratando-se de programas, é fundamental manter o foco na atenção à pessoa com asma.

- A integração com outros programas direcionados para condições como tabagismo e DPOC deve existir; por exemplo, familiares fumantes de crianças com asma devem ser orientados e encaminhados para grupos de cessação de tabagismo. O manejo da rinite alérgica, no entanto, deve ser contemplado nos protocolos clínicos de asma, considerando a prevalente associação entre rinite e asma.
- O conhecimento da realidade local com o delineamento do território de atuação e a população-alvo delimitada favorecem a manutenção do processo. As questões culturais devem ser incluídas nessas pesquisas e se tornar norteadoras de ações que respeitem as diversidades.
- A coordenação dos programas deve ser multiprofissional (farmacêuticos, médicos de família, especialistas, fisioterapeutas, etc.), o que proporciona olhares diferentes sobre o programa e um melhor direcionamento dentro da realidade do local.
- O vínculo pessoal – “o programa do fulano” – deve ser evitado. O programa, sempre que possível, deverá estar vinculado ao nome próprio do mesmo e a diretrizes institucionais.
- Os dados epidemiológicos, como prevalência e impacto da asma, devem ser utilizados na sensibilização e na atualização dos profissionais, fazendo parte do processo educacional.
- Protocolos ou diretrizes devem ser adaptados para sua utilização local, a partir de estratégias existentes, tais como as de GINA e SBPT. Devem-se incluir nesses protocolos os diferentes recursos, quer estruturais, quer humanos, da atenção primária (UBS), secundária (ambulatórios de especialidade) ou terciária (emergência e hospitais), com critérios de encaminhamentos bem definidos e com ênfase na rede de atenção.
- As ações do programa e seus indicadores de avaliação devem ser divulgados para a população, gestores, profissionais envolvidos diretamente, assim como para o meio acadêmico (através de congressos, simpósios e publicações). As informações devem ser claras e objetivas. Considera-se

importante incluir técnicas de comunicação nas capacitações dos profissionais. Esses indivíduos e grupos podem repassar informações técnicas à população tanto na forma individual, quanto na coletiva, em unidades de atendimento, conselhos locais de saúde, escolas, associações de asmáticos, etc. Pode ser realizada através de meio eletrônico, boletins informativos e relatórios mais objetivos.

- É importante fornecer para os gestores os dados epidemiológicos locais atualizados e os resultados relativos a redução de custos e melhora da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, assim como dados referentes ao envolvimento da população.

Discussão

Os resultados encontrados no presente estudo ratificam a importância do planejamento. Evidenciou-se uma relação direta entre a ausência de planejamento e o insucesso dos programas de asma em suas diversas fases (concepção, implementação e manutenção). Nas experiências brasileiras expostas na oficina, apareceram premissas comuns na fase do planejamento: sensibilização do gestor, maior participação da comunidade, interdependência entre a atenção primária e especializada, observação da regionalização e utilização dos medicamentos disponíveis no sistema público para o tratamento da asma. Isso está em consonância com a literatura médica disponível,^(16,17) mas há algumas diferenças na hierarquização dessas premissas.

A literatura mostra que uma das condições essenciais para a implementação e a manutenção de programas de asma é o prévio planejamento. Em 2012, um grupo de autores⁽¹⁶⁾ ressaltou a importância e a necessidade da criação de um grupo de planejamento que envolva, desde o início, todos os segmentos que atuarão nos programas de asma, inclusive a gestão. Essa etapa fundamental do processo deve ser pautada dentro do conhecimento de eventuais dificuldades do sistema de saúde, acessadas através de índices estabelecidos.^(16,18)

As diretrizes GINA para a melhoria de cuidados em asma⁽¹⁶⁾ e as recomendações publicadas pela SBPT⁽¹⁷⁾ se constituem hoje em duas das principais fontes de informações técnicas e de métodos de implementação de programas em

asma. Entretanto, a escuta dos atores em seus processos de trabalho, proporcionada pelo presente estudo, demonstra uma realidade diferente em alguns aspectos e convergente em outros. A metodologia utilizada em formato de oficina no presente trabalho permitiu uma troca de informações muito produtiva entre as diversas iniciativas brasileiras e contribuiu com a escassez de publicações científicas.

Os resultados do presente estudo deixaram claro que a população se constitui no principal ator nesse processo, porque, além de ser o objeto da ação, é o elemento principal que deve iniciar e fiscalizar o processo de implementação dos programas. Diversos estudos mostraram que intervenções na comunidade, no sentido de oferecer um maior apoio educacional e científico, melhoram seus resultados.⁽¹⁹⁾ A participação social não se encerra apenas em sua forma fiscalizadora, mas também em iniciativas conjuntas e multiprofissionais, tais como a disseminação de conhecimento social.

Também fica claro pelos resultados que a sensibilização e a tomada de decisão do gestor público se constituem em um fator de sucesso ou insucesso da atividade programática. Essa é uma característica da sociedade brasileira e não está ligada diretamente a matéria saúde, mas sim a política,⁽²⁰⁾ mesmo porque as intervenções em asma na comunidade, exemplificadas no presente estudo,⁽⁵⁾ foram concebidas em secretarias municipais ou estaduais de saúde ou em universidades públicas. É indispensável o entendimento de que a atuação dos programas é tanto técnica como política, sendo necessários conhecimentos de legislação, organização dos sistemas, estratégias de saúde pública, entre outros.⁽¹⁷⁾ A questão da participação do gestor perpassa soluções de continuidade que podem interferir diretamente na manutenção dos programas. O envolvimento de instâncias colegiadas ou a conversão dos programas em leis ou decretos municipais/estaduais, como o recém-lançado programa Respira Minas,⁽²¹⁾ reduzem a possibilidade de descontinuidade.

O entendimento de que os diversos níveis de atenção devem atuar de forma conjunta e coordenada foi reforçada. A noção de equipes interdisciplinares e multiprofissionais que atuam nas linhas de cuidado é internacionalmente conhecida, reconhecendo-se as singularidades das categorias profissionais e valendo-se dessas características para a potencialização da equipe.^(18,22,23)

O centro de referência se constitui no local de suporte ao doente mais grave ou ao que necessita de recursos tecnológicos ou terapêuticos, podendo também se responsabilizar por ações de capacitação e educação continuada e permanente. Nos modelos brasileiros, o centro de referência se constitui também como o local de planejamento e gerenciamento dos programas. Atualmente o gestor investe a maior parte dos recursos em saúde na atenção primária, podendo gerar desequilíbrios nas linhas de atenção. O equilíbrio entre os diferentes níveis de atenção é condição fundamental para qualquer linha de cuidado.⁽¹⁷⁾ Em locais onde não existam profissionais especialistas, faz-se necessário que os mesmos sejam disponibilizados regionalmente segundo os resultados apresentados no presente estudo.

Outro destaque na implementação dos PCAAs é o processo de educação através de medidas de capacitação de todos os profissionais de saúde⁽²⁴⁾ e também dos próprios pacientes. Um grupo de autores demonstrou que a implementação de programas de educação leva a redução das crises asmáticas, diminuindo o número de hospitalizações e de visitas ao pronto-socorro, além de proporcionar melhoria da qualidade de vida desses pacientes.⁽²⁵⁾

Demonstrou-se que a capacitação da atenção primária de forma contínua e multiprofissional tem relação direta com a redução de internações por asma e uma melhor qualificação dos encaminhamentos à especialidade.⁽¹⁹⁻²²⁾ A grande maioria dos profissionais de atenção primária no Canadá preferiu a capacitação baseada na combinação de aulas didáticas associadas à discussão de casos clínicos.⁽²⁶⁾ A prescrição mais racional de medicamentos, planos de ação bem estruturados e o uso adequado de espirometria melhoraram a atenção ao asmático. A capacitação profissional também deve abordar as linhas de cuidado, em especial os critérios e os fluxos de encaminhamento de referência e contrarreferência, segundo os participantes do presente estudo.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas⁽⁹⁾ disponibilizado no SUS, apesar de conter quase a totalidade das classes terapêuticas para o tratamento da asma, tem suas indicações em situações diferentes daquelas reconhecidas pelas diretrizes nacionais e internacionais.^(15,27) Apesar disso, a oficina de trabalho reiterou a não necessidade de criação de novos protocolos clínicos (chamados também de linhas-guia para

a asma), mas tão somente a sua adaptação às realidades locais e às realidades médicas.

Existem recursos para a aquisição de medicamentos (recursos municipais) e para as especialidades médicas (estaduais em sua maior parte).^(28,29) A falta de recursos — ou o desconhecimento de sua disponibilidade — são frequentemente citados como fatores limitadores do desenvolvimento da implementação de programas, mas existem diversas ações que podem ser desenvolvidas sem recursos financeiros.⁽¹⁶⁾

O envolvimento de outros profissionais e a transformação dos programas em políticas institucionais e não baseadas em pessoas são fatores primordiais para que isso ocorra. Isso já foi alcançado nos programas de asma das cidades de Belo Horizonte e Salvador,⁽³⁰⁻³³⁾ onde existem diversas publicações de indicadores de qualidade nacionais e internacionais.

Concluiu-se que, mesmo sem uma divulgação adequada, o Brasil já tem um núcleo de experiências na área programática da asma através de ações locais, regionais e nas universidades. Apesar de o movimento de criação de programas de asma ter contribuído para a concepção do financiamento atual para o tratamento da doença e, certamente, ter influenciado na mudança epidemiológica da doença, a escalada de PCAAs não aconteceu. Desde o ano de 2003, ainda existe praticamente o mesmo número de PCAAs em atividade. Ainda que isso não seja um fenômeno brasileiro,⁽¹⁶⁾ a experiência nacional já está madura o suficiente e apresenta uma massa crítica experiente de profissionais para apresentar propostas⁽⁵⁾ de mudança.

A implementação de uma linha de cuidado nacional em doenças respiratórias crônicas e sua inclusão nas redes de saúde parece ser o caminho natural. Porém, a experiência com linhas de cuidado nessa área ainda é pequena. Agregar pessoas, como os participantes da presente oficina, com experiência e disponibilidade para locais que tenham interesse, que atuem como facilitadores para a elaboração de normas e métodos e que sensibilizem os gestores, encurtaria tempo e teria um papel multiplicador, evitando que se partisse do zero em cada local isolado.

Referências

1. Holanda MA. Asmáticos brasileiros: o tratamento desejado. *J Pneumol.* 2000;26(3):vii-ix. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862000000300001>
2. Amaral LM, Palma PV, Leite IC. Evolution of public policies and programs for asthma control in Brazil

- from the perspective of consensus guidelines. *J Bras Pneumol.* 2012;38(4):518-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000400015>
3. Silva LC, Freire LM, Mendes NF, Lopes AC, Cruz A. Carta de Salvador. *J Pneumol.* 2002;28 Suppl 1:S2. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862002000700002>
 4. Cerci Neto A, Zamboni MM, Holanda MA. Open letter in favor of the creation of asthma programs in Brazil. *J Bras Pneumol.* 2007;33(2):ix-x. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000200001>
 5. Cerci Neto A, Ferreira Filho OF, Bueno T. Brazilian examples of programs for the control of asthma. *J Bras Pneumol.* 2008;34(2):103-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008000200007>
 6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage on the Internet]. Brasília: IBGE [cited 2014 Jun 1]. Estatística população 2012. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home>
 7. DATASUS [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2014 Jun 1]. Informações epidemiológicas de morbidade (TABNET) e mortalidade. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratórias Crônicas: cadernos de atenção básica, 25. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no. 709, de 17 de dezembro de 2010. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Asma. Brasília: Diário Oficial da União, 22 dez 2010; n. 244, Sec 1:99.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no. 609, de 6 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Brasília: Diário Oficial da União, 6 jun 2013; n. 108, Sec 1:36.
 11. Pepe VL, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CG, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciê Saude Coletiva.* 2010;15(5):2405-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015>
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [homepage on the Internet]. Brasília: DAB [cited 2014 Jun 1]. Atenção Básica e a Saúde da Família. Available from: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>
 13. Gold LS, Montealegre F, Allen-Ramey FC, Jardim J, Smith N, Sansores R, et al. Level of asthma control and healthcare utilization in Latin America. *Allergy.* 2013;68(11):1463-6. <http://dx.doi.org/10.1111/all.12237>
 14. Stelmach R. Estimativa do percentual de pacientes tratados com corticosteroide inalado (Beclometasona HFA) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e no sistema Farmácia Popular em Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Comunicação pessoal. São Paulo: Chiesi Farmacêutica; 2014.
 15. Global Initiative for Asthma - GINA [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma. [cited 2014 Jun 1]. Available from: www.ginasthma.org
 16. Boulet LP, FitzGerald JM, Levy ML, Cruz AA, Pedersen S, Haahntela T, Bateman ED. A guide to the translation of the Global Initiative for Asthma (GINA) strategy into improved care. *Eur Respir J.* 2012;39(5):1220-9. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00184511>
 17. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Prática Pneumológica: Ações Programáticas em Pneumologia. Brasília: SBPT/GEN; 2012.
 18. Haahntela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax.* 2006;61(8):663-70. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2005.055699>
 19. Cerci Neto A, organizador. Asma em saúde pública. São Paulo: Manole; 2007.
 20. Brasil. Poder Legislativo. Lei Orgânica da Saúde no 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set 1990; Sec 1:18055.
 21. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria do Estado da Saúde. Aprova a instituição do Programa Respira Minas, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG no 1.861, 01 de julho de 2014. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 3 jul 2014; Sec 1:17.
 22. Cerci Neto A. Mudança no perfil do manejo da asma em uma cidade brasileira de médio porte após programa estruturado: dados após quatro anos de implantação [thesis]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2009.
 23. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL, et al. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care health: outcomes of the Pediatric Asthma Care Patient Outcomes Research Team II Study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(9):875-83. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.158.9.875>
 24. Oliveira MA, Muniz MT, Santos LA, Faresin SM, Fernandes AL. Custo-efetividade de programa de educação para adultos asmáticos atendidos em hospital-escola de instituição pública. *J Bras Pneumol.* 2002;28(2):71-7.
 25. Mendez NH, Moralez DT, Campos JJ, Ortega JM, Vazquez JU, Delgado V, et al. Results of an education program for adult asthmatics [article in Spanish]. *Rev Alerg Mex.* 2001;48(2):42-4.
 26. Lougheed MD, Moosa D, Finlayson S, Hopman WM, Quinn M, Szpiro K, et al. Impact of a provincial asthma guidelines continuing medical education project: The Ontario Asthma Plan of Action's Provider Education I Asthma Care Project. *Can Respir J.* 2007;14(2):111-7.
 27. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma 2012. *J Bras Pneumol.* 2012;38(Suppl 1) S1-S46.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.982, de 26 de Novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da União, 1 dez 2009; no 229, Sec 1:120.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.981, de 26 de Novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, 1 dez 2009; no 229, Sec 1:71.
 30. Ponte EV, Franco RA, Souza Machado A, Souza Machado C, Cruz AA. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. *J Bras Pneumol.* 2007;33(1):15-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000100006>
 31. Lasmar L, Fontes MJ, Mohallen MT, Fonseca AC, Camargos P. Wheezy child program: the experience of the belo horizonte pediatric asthma management program. *World Allergy Organ J.* 2009;2(12):289-95. <http://dx.doi.org/10.1097/WOX.0b013e3181c6c8cb>

32. Cruz AA, Souza-Machado A, Franco RA, Souza-Machado C, Ponte EV, Santos PM, et al. The impact of a program for control of asthma in a low-income setting. *World Allergy Organ J.* 2010;3(4):167-74. <http://dx.doi.org/10.1097/WOX.0b013e3181dc3383>
33. Andrade WC, Camargos P, Lasmar L, Bousquet J. A pediatric asthma management program in a low-income setting resulting in reduced use of health service for acute asthma. *Allergy.* 2010;65(11):1472-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02405.x>

Sobre os autores

Rafael Stelmach

Professor Livre-Docente. Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC-FMUSP – São Paulo (SP) Brasil.

Alcindo Cerci-Neto

Professor. Universidade Estadual de Londrina; e Coordenador. Programa Respira Londrina, Londrina (PR) Brasil.

Ana Cristina de Carvalho Fernandez Fonseca

Pneumologista Pediátrica. Programa Criança que Chia, Prefeitura de Belo Horizonte, Belo Horizonte (MG) Brasil.

Eduardo Vieira Ponte

Professor Adjunto. Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí (SP) Brasil.

Gerardo Alves

Farmacêutico Coordenador. Programa de Atenção Integral à Criança e Adulto com Asma de Fortaleza – PROAICA – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Fortaleza (CE) Brasil.

Ildely Niedia Araujo-Costa

Coordenadora de Enfermagem. Programa de Assistência ao Paciente Asmático, Hospital Universitário, Universidade Federal do Maranhão, São Luís (MA) Brasil.

Laura Maria de Lima Belizário Facury Lasmar

Professora Adjunta. Universidade Federal de Minas Gerais; e Pneumologista Pediátrica. Centro Multidisciplinar para Asma de Difícil Controle – CEMAD – e Programa Criança que Chia, Prefeitura de Belo Horizonte, Belo Horizonte (MG) Brasil.

Luci Keiko Kuromoto de Castro

Pediatra. Programa Respira Londrina, Londrina (PR) Brasil.

Maria Lucia Medeiros Lenz

Médica Coordenadora. Programa Asma, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS) Brasil.

Paulo Silva

Pneumologista Coordenador. Programa de Atendimento ao Paciente Asmático – RESPIRAÇÃO – Montenegro (RS) Brasil.

Alberto Cukier

Professor Livre-Docente. Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.

Alexsandra Maia Alves

Pneumologista Infantil. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Fortaleza (CE) Brasil.

Aline Silva Lima-Matos

Médica. Programa para Controle da Asma na Bahia – ProAR – Salvador (BA) Brasil.

Amanda da Rocha Oliveira Cardoso

Médica. Programa Catavento, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiânia (GO) Brasil.

Ana Luísa Godoy Fernandes

Professora Associada Livre-Docente. Departamento de Pneumologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.

Bruno Piassi de São-José

Médico. Ambulatório de Pneumologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG) Brasil.

Carlos Antônio Riedi

Professor Adjunto. Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.

Deborah Schor

Médica. Ambulatório de Alergia, Central de Alergologia do Recife; e Preceptora Voluntária. Ambulatório de Asma, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) Brasil.

Décio Medeiros Peixoto

Professor Adjunto. Departamento Materno Infantil, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) Brasil.

Diego Djones Brandenburg

Pneumologista Pediátrico. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil e Programa de Atendimento ao Paciente Asmático – RESPIRAÇÃO – Montenegro (RS) Brasil.

Elineide Gomes dos Santos Camillo

Farmacêutica. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS) Brasil.

Faradiba Sarquis Serpa

Médica. Programa de Asma, Escola Superior de Ciências, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória (ES) Brasil.

Heli Vieira Brandão

Professora Assistente. Departamento de Pediatria, Universidade Estadual de Feira de Santana; e Coordenadora. Programa de Controle de Asma e Rinite de Feira de Santana – ProAR-FS – Feira de Santana (BA) Brasil.

João Antonio Bonfadini Lima

Médico. Programa da Asma, Secretaria da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

Jorge Eduardo Pio

Gerente Médico de Pneumologia Sanitária. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Jussara Fiterman

Professora. Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Porto Alegre (RS) Brasil.

Maria de Fátima Anderson

Médica Alergista. Associação Brasileira de Asmáticos – ABRA – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Maria do Socorro de Lucena Cardoso

Médica Pneumologista. Programa de Assistência e Controle da Asma – PACA – e Professora Associada. Universidade Federal do Amazonas – UFAM – Manaus (AM) Brasil.

Marcelo Tadday Rodrigues

Professor Adjunto de Pneumologia. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Santa Cruz do Sul (RS) Brasil; e Pneumologista. Pavilhão Pereira Filho, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – ISCMPA – Porto Alegre (RS) Brasil.

Marilyn Nilda Esther Urrutia Pereira

Médica Coordenadora. Programa Infantil de Prevenção de Asma – PIPA – Secretaria de Saúde do Município de Uruguaiiana, Uruguaiiana (RS) Brasil.

Marti Antila

Alergista. Programa Municipal de Asma de Sorocaba, Sorocaba (SP) Brasil.

Solange Valle

Médica. Programa Respira Rio, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Sonia Maria Martins

Coordenadora Médica. Grupo de Trabalho de Problemas Respiratórios, Grupo de Doenças Respiratórias – GRESP – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Vanessa Gonzaga Tavares Guimarães

Coordenadora. Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do Distrito Federal – PAPA-DF – e Supervisora. Programa de Residência Médica de Alergia e Imunologia Pediátrica, Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília (DF) Brasil.

Yara Arruda Marques Mello

Diretora. Serviço de Alergia e Imunologia, Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos; e Diretora. Associação Brasileira de Asmáticos-São Paulo – ABRA-SP – São Paulo (SP) Brasil.

Wenderson Clay Correia de Andrade

Pediatra. Projeto Respirai, Secretaria Municipal de Saúde de Itabira, Itabira (MG) Brasil.

William Salibe-Filho

Médico Assistente. Disciplina de Pneumologia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André (SP) Brasil; e Professor. Faculdade de Medicina, Centro Universitário São Camilo, São Paulo (SP) Brasil.

Zelina Maria da Rocha Caldeira

Pneumologista. Fundação Municipal de Saúde de Niterói, Niterói (RJ) Brasil.

Zuleid Dantas Linhares Mattar

Médica Pediatra e Diretora de Políticas Governamentais e Relações Internacionais. Associação Brasileira de Asmáticos-São Paulo – ABRA-SP – São Paulo (SP) Brasil.

Álvaro Augusto Souza da Cruz-Filho

Professor Associado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; e Coordenador. Núcleo de Excelência em Asma, Salvador (BA) Brasil.

Paulo Camargos

Professor Titular. Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG) Brasil.