

# AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## RESPIRATORY DISEASES AND PRIMARY HEALTH CARE

<sup>1</sup>Marcus Barreto Conde.

1- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** O objetivo desta revisão é mostrar a prevalência das doenças respiratórias no Brasil e o papel da atenção primária no tratamento das mesmas através de pesquisa em banco de dados.

**Resultados:** Os resultados mostram que as doenças respiratórias no Brasil são consideradas um problema de saúde pública. A pneumonia, a asma e a DPOC representaram aproximadamente 12% (11.672.832 / 97.478.764) de todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) emitidas. Neste contexto a implantação da estratégia denominada de Abordagem Prática para a Saúde Pulmonar (Estratégia PAL) nas UBS do Brasil poderiam auxiliar no diagnóstico e tratamento de tais doenças.

**Conclusão:** Implementação de estratégias para diminuir a morbimortalidade das doenças respiratórias no Brasil são necessárias, uma vez que a prevalência destas doenças ainda é alta no mundo inteiro.

### Abstract

**Objective:** The objective of this review is to show the prevalence of respiratory diseases in Brazil and the role of primary care in their treatment by searching the database. **Results:** The results show that respiratory diseases in Brazil are considered a public health problem. Pneumonia, asthma and COPD accounted for approximately 12% ( 11,672,832 / 97,478,764 ) of all Hospital Admissions Authorizations ( AIH ) issued. In this context the implementation of the strategy called the Practical Approach to Lung Health (PAL Strategy) in the primary care in Brazil could aid in the diagnosis and treatment of such diseases. **Conclusion:** Implementation Strategies to reduce the morbidity of respiratory diseases in Brazil are necessary, since the prevalence of these diseases is still high worldwide.

### Palavras-chave:

Doenças  
Respiratórias.  
Estratégia PAL.

### Keyword:

Respiratory  
Diseases. PAL  
Strategy.

## INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias representam um problema de saúde pública tanto em países industrializados quanto em países não industrializados, em função da sua prevalência e do seu impacto econômico. <sup>1</sup> Dados divulgados pelo Banco Mundial de um estudo desenvolvido em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a carga global de doença para as principais regiões do mundo, baseado nos anos de vida ajustados pela incapacidade provocada pela morbidade - AVAI (do inglês DALY, disability-adjusted life years - estimam que as doenças respiratórias foram responsáveis por 15% das afecções que acometeram a população mundial em 1999. <sup>1,2</sup>

Entre as doenças respiratórias, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) contribuiu em média com 2,7% dos casos, a asma com 0,9% e a tuberculose (TB) com 2,3%. <sup>1,2,3</sup>

Embora os AVAI sejam resultantes de uma ampla variedade de indicadores de saúde que medem de forma agregadas a morbidade e a mortalidade, eles refletem mais uma avaliação social e econômica do que a distribuição das doenças. No entanto, uma vez que as estimativas são realizadas a partir da mesma metodologia e buscam coerência interna nos resultados, é possível a comparação entre as doenças e entre as regiões estudadas. <sup>1,2,4</sup>

### AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO BRASIL

De acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil (DATASUS), no período entre 1998 e 2005, a pneumonia, a asma e a DPOC representaram aproximadamente 12% (11.672.832 / 97.478.764) de todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) emitidas. Embora somente os pacientes com quadros clínicos mais graves e descompensados clinicamente sejam internados e estes números apenas representem uma parcela da prevalência de casos, o número de AIHs emitidas pode ser um aceitável indicador da prevalência real das doenças, além de demonstrar o impacto destas doenças no custo total das internações no Sistema Único de Saúde. <sup>5</sup> Em 2005, ocorreram no Brasil 710.831 internações por pneumonia em unidades da rede do SUS, sendo que a região Nordeste foi

responsável por 218.361 internações. <sup>5</sup> A taxa de mortalidade variou de 2,3% no Nordeste a 8,3% no Sudeste. <sup>5</sup> Estas diferenças geográficas nas taxas de mortalidade por pneumonia podem ser explicadas pela diversidade na seleção de pacientes com indicação de hospitalização. É plausível admitir que os critérios de indicação de hospitalização tenham sofrido influência do sistema de atenção primária à saúde mais deficiente em regiões mais carentes de recursos (como a região Nordeste) e, assim, pacientes com quadros clínicos menos graves (e que talvez pudessem ser tratados na UPS) tenham sido hospitalizados muito mais por razões sociais do que indicação médica (como por exemplo, dificuldade de acesso aos antibióticos no nível ambulatorial).

### A ASMA BRÔNQUICA

Embora a asma seja uma doença de elevada prevalência, pouquíssimos são os casos com indicação de internação hospitalar quando o controle a nível ambulatorial é adequado. Entretanto, no mesmo ano de 2005 foram internados 289.706 pacientes devido à asma em todo o Brasil. A região Centro-Oeste concentrou o menor número de internações com 26.530 casos e o Nordeste o maior, com 125.169 internações. <sup>5</sup> Isto pode ser consequência da inadequação do manejo terapêutico da asma nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), termo brasileiro para as Unidades de Atenção Primária à Saúde. Já foi demonstrado em um estudo de custo efetividade realizado em nosso meio que o SUS gasta 750 dólares ao ano por paciente asmático grave e 807 dólares com sua família. <sup>6</sup> Adicionalmente, já foi comprovado que se o paciente com asma brônquica tiver acesso ao tratamento adequado (corticóide e broncodilatador  $\beta_2$  agonista de longa duração tópicos por via inalatória continuamente) e participam de um programa de educação em asma ocorre: (1) redução de um terço na necessidade de uso de corticóide sistêmico, (2) redução no absenteísmo escolar ou profissional de 11 dias para 2 dias. <sup>7</sup>

### A DPOC

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é facilmente confundida com outras doenças respiratórias nos seus estágios iniciais e por isto tem sua prevalência subestimada. O estudo

Platino, por exemplo, mostrou que apenas 12% dos portadores de DPOC em São Paulo tinham conhecimento prévio do diagnóstico.<sup>8</sup> Apesar da prevalência subestimada, em 2005 foram hospitalizados 179.503 pacientes por DPOC em todo Brasil. Em relação à mortalidade, a DPOC ocupa a 5ª posição entre as causas mais frequentes de óbito, no Brasil (atrás apenas do infarto agudo do miocárdio, do câncer, do acidente vascular encefálico e de causas externas). Segundo dado do DATASUS ocorreu um aumento de 300% na taxa de óbitos por DPOC durante o período de 1980 a 1999.

## A TUBERCULOSE

Em 2010, ocorreram cerca de 8,8 milhões de novos casos de TB em todo o mundo, com 1,1 milhões de mortes entre indivíduos HIV negativos e adicionais 350 mil óbitos a partir da co-infecção TB/HIV.<sup>9</sup> No Brasil, no mesmo ano, foram notificados em torno de 75 mil novos casos de TB, o que rendeu ao país a 16ª posição no ranking dos 22 países responsáveis por 80% de todos os casos de TB do mundo. Apesar do número de novos casos por ano estar estabilizado no Brasil em torno de 70.000 novos casos por ano, a taxa de cura ao final do tratamento continua em torno dos 65%. Além disto, a taxa de abandono de tratamento permanece em 12%, quando segundo a OMS ela não deva ultrapassar os 5% dos pacientes que iniciaram o tratamento. O número de pacientes que morreram devido à TB (taxa de óbitos) permanece em 7% enquanto a taxa de pacientes diagnosticados como tendo tuberculose multi resistente (TBMR), ou seja, que tem uma forma de TB cujo bacilo é resistente aos antibióticos vem aumentando e já se encontra em 0,4%.

## AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Estudos realizados no nosso meio mostram que a prevalência de pacientes com sintomas respiratórios que procuram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) varia de 5 a 15%.<sup>10-13</sup> A grande variação nas taxas de prevalência dos diferentes estudos pode ser explicada pelas diferentes definições utilizadas para definir um paciente como um “sintomático respiratório” (SR). Por exemplo, para fins programáticos, o indivíduo atendido em uma UBS pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil somente é definido como

sintomático respiratório caso apresente tosse durante três semanas ou mais.<sup>14</sup> Esta definição, utilizada pelo SUS e também pela OMS, tem como objetivo definir os pacientes que devem ser submetidos à investigação diagnóstica para TB pulmonar. Desta forma, um indivíduo que procure uma UPS com queixa de tosse há três semanas ou mais, será submetido à investigação para TB pulmonar que consiste na solicitação de duas amostras de escarro para realização da baciloscopia direta, que pesquisa a presença de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e diagnóstica cerca de 60% dos casos de TB pulmonar.<sup>14</sup> No entanto, dentro da lógica programática, o paciente cuja pesquisa de BAAR no escarro for negativa, não tem uma conduta sistematizada e nem padronizada de investigação da causa da sua queixa respiratória. Desta forma, esta conduta programática pode ter impacto em dois principais aspectos: no diagnóstico da TB e no diagnóstico de outras doenças respiratórias. Estudo realizado no nosso meio demonstrou que, na amostra avaliada, 50% dos pacientes com diagnóstico de TB pulmonar referiam tosse há menos de três semanas.<sup>12</sup> Ou seja, metade dos pacientes com TB pulmonar não seriam nem diagnosticados e nem tratados naquela visita à UBS e continuariam a transmitir a doença até que procurassem novamente a UBS. Adicionalmente, por ser não sistematizado e nem padronizado, o manejo do sintomático respiratório cuja pesquisa de BAAR foi negativa se baseará na decisão individual do profissional da área de saúde que atender o paciente. Existem evidências científicas sugerindo que o atendimento não sistematizado e não padronizado do paciente sintomático respiratório no nível primário do atendimento, ou seja, em uma UPS, leva a prescrição exagerada e inadequada de antibióticos inespecíficos, ao encaminhamento desnecessário de pacientes para Unidades de Saúde com níveis de atendimento de maior complexidade e ao maior número de internações.<sup>15-17</sup> Assim, a abordagem do sintomático respiratório na UBS acaba por ser inadequada tanto do ponto de vista da saúde do indivíduo (que não é adequadamente diagnosticado e tratado) quanto do ponto de vista da saúde coletiva ao levar o sistema de saúde a ter, simultaneamente, maior custo e menos eficácia.

Nos últimos anos, diferentes manuais e diretrizes foram publicados com o objetivo de melhorar a condução diagnóstica e terapêutica dos pacientes com doenças respiratórias. Neste contexto, são destaques os documentos internacionais: “Global Initiative for Asthma (GINA)”, “Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases” e “Integrated Management of Adolescent and Adult Illness”.<sup>18, 19, 20</sup> Do ponto de vista nacional, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) publicou diferentes e úteis documentos como, por exemplo, as Diretrizes para o Manejo da Asma, as Diretrizes para o Manejo da Tosse Crônica, o III Consenso de DPOC e as III Diretrizes em Tuberculose.<sup>21-24</sup> No entanto, cada um destes documentos teve como foco o manejo de uma doença respiratória em especial, sem se preocupar com o manejo sistematizado do paciente baseado no sintoma respiratório, que é a abordagem mais apropriada para o nível primário de atendimento.<sup>17</sup> Além disto, uma vez que a prevalência de TB entre os pacientes definidos como sintomáticos respiratórios que procuram as UPSs varia não ultrapassa 5% em nenhum estudo dos diferentes locais, o sistema de saúde perde a oportunidade de diagnosticar e tratar precoce e adequadamente outras doenças respiratórias tão ou mais prevalentes que a TB como a asma, a DPOC e as infecções respiratórias agudas.<sup>12, 25-27</sup>

### A ABORDAGEM PRÁTICA PARA A SAÚDE PULMONAR (DO INGLÊS PRACTICAL APPROACH TO LUNG HEALTH, PAL)

Em função do exposto, a OMS propôs em 2015 uma estratégia denominada de Abordagem Prática para a Saúde Pulmonar (Estratégia PAL).<sup>28</sup> A estratégia PAL corresponde a uma abordagem sistematizada, padronizada e com

**Quadro 1.** Resultados da implantação da estratégia PAL em diferentes países.

Resultado	Países
Redução no número de exames complementares realizados e de encaminhamento para internação entre os pacientes atendidos em UPS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guiné</li><li>• Quirguistão</li><li>• África do Sul</li><li>• Bolívia</li></ul>
Aumento no número de casos de TB diagnosticados precocemente	<ul style="list-style-type: none"><li>• República Árabe da Síria</li><li>• África do Sul</li><li>• Argélia</li></ul>

ação integrada do indivíduo que procura a Unidade Primária de Atenção à Saúde (no caso do Brasil as UBS com ou sem Estratégia da Família implantada) devido a sintomas respiratórios. Ela visa às doenças respiratórias mais prevalentes entre pacientes com idade de 5 anos ou mais. Nela, a definição de sintomático respiratório (SR) adquire uma abrangência sindrômica e não se restringe mais a busca de casos de TB, além de considerar não somente a presença de tosse, mas também a de dispneia, de chiado no peito, de dor torácica e de hemoptise. Além disto, a definição de SR não depende mais do tempo da tosse que, ao invés disto, é categorizada de acordo com a sua duração em dois grupos: (1) tosse com duração < 2 semanas e; (2) tosse com duração ≥ 2 semanas. Adicionalmente, dois sintomas gerais são incluídos na abordagem sindrômica do SR: a febre e a perda de peso. A Estratégia PAL tem quatro objetivos principais:

- Objetivo epidemiológico: Reduzir a carga de morbidade e mortalidade de doenças respiratórias.
- Objetivo para a qualidade dos cuidados de saúde: Melhorar o manejo clínico dos sintomáticos respiratórios (SR) em geral.
- Objetivo de gestão: Aumentar a eficiência das atividades para o planejamento e implantação da estratégia PAL.
- Objetivo de custo-efetividade: Reduzir o custo dos procedimentos de gestão e promover intervenções de saúde custo-efetivo para doenças respiratórias.

Nos países em que já foi implantada a Estratégia PAL tem mostrado resultados muito positivos. No quadro 1 abaixo são apresentados alguns resultados/soluções que possui um status inquestionável e absoluto em suas resoluções.

Diminuição do número de prescrições de antibióticos inespecíficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tunísia</li> <li>• Marrocos</li> <li>• Síria</li> <li>• Jordânia</li> <li>• Argélia</li> <li>• Bolívia</li> <li>• Quirguizistão</li> </ul>
Diminuição no número de internações e atendimentos de emergência de pacientes com asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chile</li> </ul>
Redução do custo com aumento da efetividade do sistema de saúde com as doenças respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nepal</li> <li>• África do Sul</li> </ul>

Fonte: Me'emary, 2009; Camacho, 2007; Brimkulov, 2009; Fairall, 2005; Woodhead, 2005; Ottmani S-E, 2005; Sepulveda, 2004; Fairall, 2010.

## CONCLUSÃO

A implantação da Estratégia PAL nas UBS do Brasil poderia se constituir em uma importante ferramenta para a redução da morbimortalidade decorrente das doenças respiratórias mais prevalentes na população e da garantia de acesso integrado de ação de saúde entre os diversos níveis de atenção do SUS.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES  
Sem conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS

- Abu Rumman K, Ottmani S, Abu Sabra N, et al. Training on the Practical Approach to Lung Health: effect on drug prescribing in health care setting in Jordan. *East Mediterr Health J* 2009; 15: 111–121.
- Bastos LG, Fonseca LS, Mello FCQ, Ruffino-Netto A, Golub JL, Conde MB. Pulmonary tuberculosis prevalence among respiratory symptomatic subjects in an Outpatient Primary Health Unit. *Int Journal Tuberc Lung Dis* 2007; 11 (2): 156-160.
- Bernat AC, Oliveira MC, Rocha GC, Boing AF, Peres KG. Prevalência de sintomáticos respiratórios e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9):1907-1916, 2009
- Brimkulov N, Ottmani S, Pio A, et al. Feasibility test results of the Practical Approach to Lung Health in Bishkek, Kyrgyzstan. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13: 533–539.
- Camacho M, Nogales M, Manjon R, et al. Results of PAL feasibility test in primary care facilities in four regions of Bolivia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11: 1246–1252.
- Ezequiel OS, Gazeta GS, Freire NMS. Prevalência dos atendimentos por crises de asma nos serviços públicos do Município de Juiz de Fora (MG). *J Bras Pneumol* 2007;33(1):20-27.
- Fairall LR, Zwarenstein M, Bateman ED, et al. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 331: 750–754.
- Fairall L, Bachmann MO, Zwarenstein M, et al. Cost-effectiveness of educational outreach to primary care nurses to increase tuberculosis case detection and improve respiratory care: economic evaluation alongside a randomised trial. *Trop Med Int Health* 2010; 15: 277–286.
- GINA. Global Initiative for Asthma. Pocket guide for Asthma Management and Prevention (for adults and children older than 5 years). Global Initiative for Asthma, 2009. Consultado em 23 de julho de 2012 no endereço eletrônico: [www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?i152&l251&intId51562](http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?i152&l251&intId51562)
- GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Updated 2009. Consultado em 23 de julho de 2012 no endereço eletrônico: [http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/1MAI\\_chronic.pdf](http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/1MAI_chronic.pdf)<http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?i152&l251&intId52002>
- Me'emary F, Ottmani S, Pio A, et al. Results of the feasibility test of the Practical Approach to Lung Health in the Syrian Arab Republic. *East Mediterr Health J* 2009; 15: 504–515.
- Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e dados básicos do Brasil – IDB 2007. Consultado em 16 de julho de 2012 no endereço eletrônico [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).
- Moreira CMM, Zandonade E, Lacerda T, Maciel ELN. Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no município de Vitória,

Espírito Santo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 26(8): 1619-1626, 2010

- Nascimento OA, Camelier A, Rosa FW, Menezes AM, Pérez-Padilla R, Jardim JR. Latin American Project for the Investigation of Obstructive Lung Disease (PLATINO) Group. Chronic obstructive pulmonary disease is underdiagnosed and undertreated in São Paulo (Brazil): results of the PLATINO study. Braz J Med Biol Res. 2007; 40(7):887-95.

- Ottmani SE, Scherpbier R, Chaulet P et al., eds. Respiratory care in primary care services: a survey in 9 countries. WHO/HTM/TB/2004.333. Geneva, World Health Organization, 2004. Consultado em 18 de julho de 2012 no endereço eletrônico

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HTM\\_TB\\_2004.333.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.333.pdf)

- Ottmani S-E, Scherpbier R, Pio A, et al. Practical Approach to Lung health. A primary health care strategy for integrated care management of respiratory conditions in people of five years of age and over. WHO/HTM/TB/2005.351;

WHO/NMH/CHP/CPM/CRA/05.3. Geneva, World Health Organization, 2005. Consultado em 23 de julho de 2012 no endereço eletrônico [Http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO\\_HTM\\_TB\\_2005.351.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.351.pdf)

- Ponte E, Franco RA, Machado AS et al. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. J Bras Pneumol; 2007(1):15-19.

- Scherpbier R, Hanson C, Raviglione M. Report: Adult Lung Health Initiative– basis for the development of algorithms for assessment, classification and treatment of respiratory illness in school-age children, youths and adults in developing countries. Recommendations of the consultation, Geneva 4–15 May, 1998. Geneva, World Health Organization, 1998.

- SBPT. III Diretrizes para Tuberculopse da SBPT. J Bras Pneumol. 2009;35(10):1018-1048

- SBPT. Diretrizes da SBPT para o manejo da asma. J Bras Pneumol 2012; 38(s1): s1-s46.

- SBPT. Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica. J Bras de Pneumol 2006; 32 (s6)

- SBPT. II Consenso Brasileiro sobre DPOC. J Bras Pneumol 2004; 30(s5).

- Sepulveda R. Emergency and continuing care for asthma in Latin America. Emergency and continuing care in asthma. 35th IUATLD World Conference on Lung Health. Paris, France,

October 28–November 1, 2004. Paris, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2004.

- Van Den Boom M, Seita A, Ottmani S, Migliori GB. Finding the way through the respiratory symptoms jungle: PAL can help. Eur Respir J 2010; 36 (5): 979-982.

- WHO. Integrated Management of Childhood Illness for High HIV Settings. Chart booklet. Geneva, World Health Organization, 2008. Consultado em 23 de julho de 2012 no endereço eletrônico:[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597388\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597388_eng.pdf)

- Woodhead M, Blasi F, Ewig S. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Respir J 2005; 26: 1138–1180.