

Asthma and education

Fátima Emerson, João Negreiros Tebyriçá

Clínica de Alergia da Policlínica do Rio de Janeiro

Resumo

Objetivo: Reconhecer a importância da educação do paciente no manejo crônico da asma. A asma é uma doença de alta prevalência mundial, com altas taxas de morbidade e mortalidade. Uma das causas apontadas é a baixa adesão ao tratamento.

Método: O médico especialista deve conscientizar-se da importância do seu papel na educação do paciente e na transmissão destes valores aos médicos generalistas. O envolvimento da família assim como da equipe escolar contribui para a melhora clínica.

Resultados: Diversos estudos na literatura demonstram que pacientes que foram bem educados apresentaram maior aderência ao tratamento da asma e melhores resultados terapêuticos.

Conclusões: A educação é essencial para o manejo crônico da asma. Ela deve ser incentivada em qualquer etapa do tratamento, independente da gravidade da doença. O desenvolvimento de uma parceria entre o médico, o paciente e sua família precisa ser enfatizado de maneira especial.

Rev. bras. alerg. imunopatol. 1998; 21(6):209-217 Asma, educação, manejo equipe multiprofissional.

Abstract

Objective: The importance of patient education in the management of chronic asthma needs to be recognized. Asthma is a disease with increasing rates of morbidity and mortality in all regions of the world. A major factor in poor outcomes in the treatment of asthma is patient noncompliance.

Methods: Asthma specialist must have the knowledge of his central role in patient and primary health care doctors education. Family and school team partnership are outstanding for good clinical results.

Results: Several reports show that well-educated patients have improved adherence to the treatment of asthma resulting in better therapeutic outcomes.

Associações de pacientes e pais de asmáticos

São constituídas por grupos mistos de médicos (de diversas especialidades) e leigos interessados no tratamento da asma. Estas associações visam estimular a adesão ao tratamento, difundindo a luta pela melhor qualidade de vida ao asmático. Auxiliam a reforçar a mensagem transmitida pelos médicos, enriquecida pela troca de experiências; além de criar um canal permanente de comunicação entre médicos e pacientes.

No Brasil já existem algumas destas associações, como por exemplo a Sociedade Brasileira de Asmáticos (SBA), com sede no Rio de Janeiro e filiadas em várias cidades do Brasil.

A relação médico-paciente

A educação do asmático respalda-se fundamentalmente na relação médico-paciente, iniciando o mais precocemente possível, no momento do diagnóstico e integrando-se ao desenvolvimento do tratamento. Cada consulta, por mais breve que seja, deve ser encarada como uma oportunidade de esclarecer, trocar experiências, ensinar e tirar dúvidas^{4, 6-7, 10}.

Na consulta inicial, o médico precisa ouvir seu paciente, entender suas características individuais, conhecer sua compreensão sobre a doença, medos, mitos, preconceitos. A partir daí, o paciente deve ser esclarecido sobre a doença, causas, mecanismos básicos e sobre a lógica do tratamento, buscando-se motivá-lo. As metas do tratamento devem ser abordadas e discutidas em conjunto, trabalhando as expectativas do paciente e de sua família. Sendo possível, utilizar material escrito para facilitar a compreensão.

O paciente (ou seus responsáveis) devem ser encorajados a anotar dúvidas que venham surgir e trazê-las no próximo encontro. Saliênta-se também a necessidade de orientação sobre as medidas de reconhecimento e combate aos fatores desencadeantes (controle do ambiente), medida do pico de fluxo expiratório ("Peak Flow") e sobre as técnicas inalatórias. É neste primeiro contato que o médico deve enfatizar a necessidade do automanejo, do reconhecimento de atitudes que poderão ser tomadas em sua ausência, da diferença

Conclusions: *Education is an essential part in the treatment of chronic asthma. It should be provided in overall management of the disease no matter what is its severity. The emphasis must be on the development of a partnership among the doctor, the patient and his family.*

Rev. bras. alerg. imunopatol. 1998; 21(6):209-217 Asthma, education, management multiprofessional team.

Introdução

A asma é uma doença crônica de alta prevalência no mundo atual (cerca de 10% da população), acometendo pessoas de todas as idades, sendo relatada na quase totalidade do território mundial, independente da localização e grau de desenvolvimento. Sua prevalência tem aumentado nos últimos anos, principalmente entre as crianças e acredita-se que um dos fatores responsáveis seja o aumento da exposição aos agentes e poluentes.

Não existem dados epidemiológicos precisos sobre a incidência da asma no Brasil, porém inquéritos apontam uma ocorrência em torno de 10% da população, sendo responsável por cerca de 5% das consultas ambulatoriais e até 16% de atendimentos em pronto socorro¹⁻².

O estudo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) está sendo realizado no Brasil e vem preencher esta lacuna, tendo como objetivo descrever a prevalência e gravidade da asma, rinite e eczema em crianças habitando diferentes centros e realizar comparações de pais e entre eles³.

Um problema verificado em âmbito mundial é a alta taxa de morbidade e mortalidade da doença, a despeito do avanço na compreensão dos mecanismos envolvidos em sua patogenia e do maior e melhor arsenal terapêutico disponível^{4-5, 7}.

Entre as causas verificadas para o aumento da mortalidade por asma, destacam-se^{1-2, 8-9}:

- Má adesão ao tratamento.
- Tratamento centrado apenas nas exacerbações e baseado em broncodilatadores principalmente por via oral, como xantinas e beta 2 adrenergicos, em virtude do temor aos aerossóis.
- Falha no uso de corticosteróides sistêmicos.
- Falha no uso de medicamentos antiinflamatórios (corticóides inalados, entre outros).
- Falha no reconhecimento da gravidade da doença – por pacientes, familiares ou mesmo por médicos e profissionais de saúde.
- Falha no recolhimento e controle de fatores agravantes.
- Fatores sócioeconômicos.
- Fatores emocionais.

A asma é uma doença crônica que por sua evolução arrastada, sujeita a exacerbações imprevisíveis, pode tornar-se fonte de angústia e sofrimento ao paciente e seus familiares. Além disso, seu tratamento é feito com diversos medicamentos, sejam direcionados para as agudizações ou para os períodos intercrise. Estes requerem um grau de conhecimento e habilidade por parte dos pacientes ou de seus pais para o uso correto. Assim, muitas são as dificuldades encontradas para uma adesão satisfatória¹⁰⁻¹⁵.

entre a medicação de alívio e a medicação antiinflamatória, além da necessidade do seu uso contínuo.

Nessa consulta inicial, em virtude da grande quantidade de informações oferecidas ao paciente, o ideal é que receba também informações escritas (sob forma de folhetos) ou áudio-visuais, que ele possa rever em seu domicílio, com mais tranquilidade.

Nas consultas subsequentes, amplia-se a orientação e repetidamente, a cada contato, verifica-se o aprendizado das técnicas terapêuticas, ao mesmo tempo que se avalia o nível de qualidade de vida em relação à doença.

O plano terapêutico precisa ser simplificado e adaptado a cada pessoa. Em realidade, faz-se necessário que o médico tenha uma postura amigável, acessível, estimulando o paciente a falar e a expor suas opiniões, pois só assim será possível que o tratamento seja realmente personalizado.

Estabelecendo um plano individualizado de ação

Educação implica não apenas no simples fornecimento de dados, mas num processo mais complexo que envolve a aquisição de habilidades necessárias para levar o paciente à mudança de hábitos. A finalidade básica da educação do paciente deve ser o estabelecimento de um processo contínuo que forneça ao asmático informações, mas que também o torne apto a tomar decisões ao colocar em prática seu plano de ação²¹⁻²³.

O simples fornecimento de conhecimento básico é importante, mas insuficiente e deve ser necessariamente acompanhado pelo estímulo da autorregulação e fortalecimento das condutas de auto-manejo. Por isso, a criação de planos de ação personalizados é tão importante na obtenção das metas terapêuticas. É fundamental o estímulo de mudanças comportamentais concernentes ao manejo da doença²³⁻²⁵.

Estudos apontam que tratamentos inadequados aliados à ausência de um plano de ação constituem fatores influenciadores na procura de atendimento em setores de emergência. Estes pacientes subutilizavam a medicação antiinflamatória e não tinham idéia de como comportar-se no momento da agudização da asma. É óbvio que a prescrição correta da medicação pelo especialista é fundamental, mas da mesma maneira os pacientes necessitam ter uma orientação prévia sobre como comportar-se, como ajustar doses ou modificar a terapia, até que seja possível o contato com o médico²⁴.

Todo paciente crônico tende a querer exercer um certo grau de auto-manejo de sua doença que lhe permita tomar atitudes em situações especiais. Entretanto, quando este comportamento não é devidamente orientado, os pacientes terminam por confundir prescrições, auto-medicar-se e, no caso dos asmáticos, abusar da medicação broncodilatadora de alívio, por falta de orientação adequada. Por isso, o

Dificuldades referidas pelos pais de crianças asmáticas:

- Lidar com temor causado por mitos e crenças errôneas sobre a doença.
- Dificuldades de adesão ao regime de tratamento do dia-a-dia.
- Temor de efeitos colaterais dos medicamentos.
- Limitação da atividade física da criança.
- Pânico na hora de tratar uma crise de asma.
- Sensação forte de angústia.

Dificuldades experimentadas pelos pacientes:

- Como lidar com fortes sentimentos de: medo, raiva, culpa, auto-comiseração.
- Crenças incorretas sobre a causa da asma e sua evolução.
- Recusa em aceitar o diagnóstico de asma.
- Como adquirir informação, habilidade e confiança para lidar com a asma.
- Como atingir uma relação com a doença que resulte em melhora de vida.

Dificuldades inerentes ao próprio tratamento da asma:

- Índices significativos de morbidade e mortalidade da doença.
- Longo tempo de duração do tratamento.
- Surgimento de agudizações, mesmo com terapia adequada.
- Alto custo de medicação, sobretudo a de uso prolongado.
- Medidas profiláticas trabalhosas e caras.
- Falta de comunicação com médico.

Além deste alto impacto emocional, a doença tende a impedir que o indivíduo exerça suas atividades diárias, assumindo alto custo social e econômico. A asma é uma das principais causas de absenteísmo escolar, constituindo também uma importante causa de perda de produtividade no trabalho, seja por ocasionar ausência ao trabalho, seja por provocar redução da eficiência do trabalhador.

Nos EEUU, em 1990, foram gastos 3,6 milhões de dólares

asmático deve ter um plano de ação por escrito, que o torne capaz de entender e re-conhecer a piora de sua doença.

Objetivos de plano de ação²³⁻²⁴

- Auxiliar no reconhecimento da própria doença.
- Auxiliar no reconhecimento da piora.
- Incentivar o auto-manejo da asma.
- Estimular a aquisição de habilidades que permitam ao paciente reconhecer situações, saber que medicação tomar, baseado na orientação anterior fornecida pelo médico.
- Minimizar a morbidade da doença.
- Melhorar a qualidade de vida do asmático.

A escolha de um plano de ação ideal deve se basear tanto na avaliação sintomática quanto na medida do pico de fluxo expiratório. Um plano baseado apenas na avaliação sintomática pode não ser confiável, em virtude da dificuldade na percepção da gravidade por alguns pacientes. A monitorização do pico de fluxo expiratório isoladamente também não mostrou eficácia²³⁻²⁴.

Além disso, devem ser levados em consideração o custo, os traços individuais e culturais do paciente e de sua família, a possibilidade de pos-suir um aparelho medidor do pico de fluxo expiratório, a facilidade de uso de medicação (via de aplicação), as características da instituição de tratamento (pública, particular, etc) entre outros.

Dados importantes para o médico elaborar um plano de ação^{4, 7, 23}:

- História clínica da asma (ocorrência de sintomas noturnos e diurnos).
- Tipos e intensidade de crises.
- Grau de interferência dos sintomas nas atividades diárias.
- Classificação clínica da asma.
- Exame físico.
- Espirometria inicial / medidas de pico de fluxo expiratório subsequentes (quando possível).
- Grau de utilização recente de beta-adrenérgicos.

A deterioração pode ser reconhecida pelo agravamento dos

em custos médicos diretos com pacien-tes asmáticos, sendo que, destes custos, cerca de 60% em hospitalização e clínicas de emergência e 10% em serviços médicos^{4,7}.

No Brasil, não existem estudos que avaliem com precisão o impacto econômico da asma em nosso meio. Além disso, a população brasileira é, em sua maioria, constituída por pessoas de baixo padrão sócioeconômico, onde poucos podem ter acesso a um atendimento médico em consultórios ou mesmo associar-se a planos de saúde. A estes pacientes, só resta recorrer ao atendimento públi-co, onde as dificuldades estruturais terminan por agravar o quadro clínico. Isto pode ser devido a vários fatores:

- Carência de profissionais especializados (mé-dicos e equipe de apoio) para atendimento de asmáticos.
- Dificuldade no estabelecimento de vínculo entre o médico e seu paciente.
- Dificuldade para marcação de consultas am-bulatoriais a curto prazo.
- Alto custo da medicação e a não distribuição gratuita de medicamentos antiinflamatórios restringe o acesso à terapêutica indicada.
- Falta de conscientização por parte de médicos e pacientes da necessidade do tratamento con-tínuo, terminado por estimular o atendimento apenas em situações emergenciais.

Para fazer face a este desafio, especialistas no mundo inteiro têm se reunido na busca de consen-sos orientadores quanto ao diagnóstico correto da asma e no manejo terapêutico, não apenas nas exacerbações, mas centrado no uso de medica-ções antiinflamatórias de caráter preventivo e na educação de condutas que possam reduzir a mor-bidade da doença e, conseqüentemente, a sua mortalidade^{1-2, 4-5, 7}.

Torna-se claro que, paralelamente ao plano far-macológico terapêutico da asma, o médico deve desenvolver uma abordagem não farmacológica, que deve incluir a personalização do tratamento, com enfoque especial nas necessidades indivi-duais de cada paciente. Isto significa que, cada pessoa (ou seus responsáveis, no caso de crian-ças) deve receber informações sobre a doença e seu controle ambiental. Ao mesmo tempo, será orientada de maneira individualizada em relação aos seus próprios desencadeantes, modo de com-batê-los e quanto ao manejo das agudizações e dos períodos intercrises^{7, 13}.

A este conjunto de atitudes adotadas por todos os envolvidos no processo, desde o médico e equipe multidisciplinar, assim como o próprio pa-ciente, sua família e meio social, dá-se o nome de "Educação conjunta e continuada como parte do tratamento da asma brônquica".

Educação: parte essencial no manejo da asma

sintomas, especialmente noturnos, ou pela necessidade crescente no uso de bronco-dilatadores, ou pela piora do PFE.

O plano de ação deve ser simples, ou seja, de fácil entendimento, porém contendo informações completas, tais como^{4, 23}:

- Nome e dose da medicação preventiva.
- Nome e dose da medicação broncodilatadora de alívio.
- Orientação clara para reconhecimento dos si-nais e sintomas da asma, critérios de controle e de perda do controle da doença e orientação para realização e entendimento da medida do PFE.
- Orientação clara sobre uso de medicação nas crises.
- Orientação sobre atitudes práticas a serem to-madas em diversas situações, em especial nas crises (auto-manejo supervisionado).
- Orientação para conduta na vigência de gripes ou viroses.

O asmático deve ter um plano de ação por es-crito, que o faça capaz de entender e reconhecer a piora de sua doença. Quando o paciente é capaz de reconhecer o agravamento de seu quadro e iniciar a terapêutica ainda no domicílio, melhora mais rapidamente, evita crises mais graves e se torna mais confiante.

Educação nas escolas

De maneira geral, é na escola que a criança – e mesmo os adolescentes e universitários – perma-necem grande parte do dia. Entretanto, devido à ausência de uma atuação específica, o professor e outros membros do corpo docente desconhecem a asma, temem os episódios de crises e raramente estão preparados para enfrentá-los. O resultado é o aumento das limitações para os asmáticos, tam-bém no ambiente escolar.

Problemas relacionados à asma na escola^{2, 5, 7, 26-27}:

- Significativa presença de agentes desencade-antes de asma no ambiente escolar.
- Desconhecimento sobre a asma, tratamento, fármacos, reconhecimento sintomático e da atuação com o asmático por parte da equipe escolar.
- A maioria dos alunos não consegue ter acesso imediato à medicação de alívio (broncodila-tadora), o que acarreta problemas físicos co-mo a demora em aliviar o desconforto da crise assim como pelo fato de colocar o aluno em risco potencial.
- Efeitos colaterais dos medicamentos utiliza-dos para o tratamento de asma interferindo no aprendizado e

A asma é uma doença de manejo difícil, podendo apresentar-se com sintomas variáveis, desde aqueles triviais e infreqüentemente até casos potencialmente fatais.

Os consensos internacionais ressaltam a importância do tratamento contínuo da asma como arma de combate aos mecanismos inflamatórios^{1-2, 4-5, 7}. Entretanto, para que as metas sejam atingidas, é condição "sine qua non" que o paciente, principal envolvido no processo, esteja consciente desta necessidade. Caso contrário, ele certamente abandonará os recursos terapêuticos num período de aparente acalmia sintomática.

Na realidade, apesar do diagnóstico e tratamento correto, o paciente muitas vezes não melhora porque não consegue cumprir as ordens médicas, constituindo o que se denomina de falta de adesão terapêutica.

Entre os fatores que interferem na adesão ao tratamento da asma, citam-se:

- A necessidade do uso de medicamentos por longos períodos e mesmo na ausência de sintomas.
- Inabilidade de usar certos medicamentos, em especial os inalados.
- Falta de conhecimento sobre a asma.
- Falta de reconhecimento da gravidade de doença pelo paciente e/ou sua família.
- Paciente não acredita que a asma possa constituir risco para ele.
- Medo das conseqüências dos remédios utilizados.
- Falta de adaptação dos remédios à rotina do paciente
- Pouco sucesso no tratamento inicial (real ou imaginada pelo paciente que tinha expectativas de melhora com menor tempo de uso)

A falta da aderência ao tratamento pode ser deliberada ou inconsciente. A adesão está intimamente ligada à motivação do paciente e ao seu conhecimento sobre a doença^{13-14, 16-17}.

Tipos de pacientes que não aderem ao tratamento:

- Não aderente não intencional – paciente que confunde a medicação prescrita ou que não foi suficientemente informado (ou seja, educado) pelo médico ou agente de saúde.
- Não aderente involuntário – paciente é incapaz de aderir ao tratamento prescrito devido a barreiras econômicas, físicas, ambientais, pessoais ou familiares. Estas barreiras são freqüentemente constrangedoras para o paciente e passam geralmente despercebidas pelo médico a não ser que

rendimento escolar do aluno.

- Dificuldades no convívio social com os colegas e com a equipe docente.
- Dificuldades na participação em aulas de educação física.
- Preconceitos e mitos por parte dos professores em relação à asma.

Sugestões para atuação nas escolas:

Sugere-se o estabelecimento de uma política de educação nas escolas:

- Educação dirigida à equipe escolar (professores, enfermeiros e equipe de apoio).
- Ensino de formas de identificação e controle aos fatores agravantes no ambiente escolar.
- Fornecimento de um plano de ação à escola, com telefones de contato com o médico.
- Estímulo à obtenção e orientação para uso do aparelho medidor de PFE.
- Orientação para uso das medicações prescritas para o aluno.
- Estímulo à aquisição de aparelho compressor nebulizador (ou ensino do uso adequado do "spray" pela equipe escolar) para uso em emergências.

O ideal é a criação de um protocolo médico escolar com informações em linguagem acessível contendo informações básicas, tais como^{5, 7, 26}:

- Fornecimento de um plano de ação para o aluno asmático na escola, com descrição de suas características individuais.
- Orientação para os membros da equipe escolar no reconhecimento de sinais e sintomas.
- Instruções para administração da medicação.
- Instruções para monitorização do resultado do tratamento: quando e como procurar auxílio.
- Ficha médica completa do aluno.

Conclusões

A educação do paciente é essencial para o sucesso do tratamento da asma e deve ser incentivada em todas as etapas do tratamento.

isso seja explicitamente questionado.

- Não aderente inteligente – inclui o paciente que faz uma escolha pessoal de não aderir à terapia. Isto também não é frequentemente descoberto pelo médico. É importante lembrar que ao mesmo tempo que o médico faz um julgamento sobre qual o melhor tipo de terapia para o paciente este (ou os seus pais) fazem o seu próprio julgamento de custo-benefício baseado na sua experiência anterior e nos seus conhecimentos e temores.

A educação do paciente está indicada para todos os graus clínicos da asma, desde os casos leves para auxílio no reconhecimento da doença; até os refratários, graves, onde é preciso reabilitar a confiança no tratamento.

Ambos os extremos merecem uma cuidadosa atenção por parte do médico:

- Asmático subclínico ou mesmo de grau leve intermitente precisa ser conscientizado de que o tratamento precoce pode evitar a evolução da doença.
- Asmático grave, por constituir uma parcela muito especial dos portadores de asma, também necessita ser educado sobre sua doença. Neste caso, os sintomas contínuos, diários, com grande comprometimento das atividades diárias e da qualidade de vida, tendem a gerar sentimentos variados de frustração, revolta, angústia, desesperança, descrédito, entre outros, motivando direta ou indiretamente: prejuízo de adesão, abandono do tratamento e manutenção da doença.

Por isso, torna-se essencial integrar o paciente à equipe de saúde, de forma que ele tenha oportunidade e sintase seguro para expressar seus sentimentos, suas expectativas e medos sobre a doença, seu tratamento e medicações envolvidas¹⁴⁻¹⁵.

O médico deve ter sempre em mente que não há um momento ou uma população específica de asmáticos à qual a educação deve ser dirigida. Ao contrário, todo e qualquer paciente deve receber uma dedicação especial neste sentido.

Público-Alvo

Obviamente, a primeira população alvo de qualquer projeto de educação aplicada na asma seria o próprio médico, pois é dele o papel de educador e continuador do processo. Assim, é fundamental que o médico esteja consciente da necessidade de assumir o seu papel de instrutor e orientador das linhas mestras do tratamento. É preciso que o médico

A equipe ideal é multiprofissional e deve envolver, se possível, médicos, enfermeiro, fisioterapeuta, educador, assistente social e psicólogo.

Cabe ao médico iniciar o processo estabelecendo boa atenção médico-paciente, analisando o perfil do seu paciente para que possa verificar seu nível de entendimento. Além disso, deve focalizar também a sua qualidade de vida, expectativas e objetivos do tratamento.

Dúvidas devem ser valorizadas e esclarecidas, pois condutas que podem parecer simples para o profissional são, não raro, extremamente, complicadas para o paciente. A equipe de saúde repete e reforça as mensagens iniciais. As associações e grupos de pacientes ajudam a manter o ânimo e a adesão a longo prazo, auxiliando também no reforço das mensagens.

O paciente e sua família devem participar de forma ativa, não só no que diz respeito à administração correta dos medicamentos empregados, mas também na elaboração do seu próprio plano terapêutico. Isto implica em aceitar e utilizar de maneira adequada os medicamentos, as vacinas e as medidas de controle ambiental, ou seja, implica diretamente no sucesso da relação médico-paciente-família e num eficiente processo de educação.

Referências bibliográficas

1. *I Consenso Brasileiro no Manejo da Asma – 1994: Sociedade Brasileira de Alergia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, BG Cultural, 1994.*
2. *I Consenso Brasileiro de Educação em Asma – Plano de Educação e Controle da Asma J Pneumol 1996; 22(Sup1).*
3. Solé D, Napitz C: *Epidemiologia da Asma: Estudo ISAAC Rev Bras Alerg Imunopatol 1998; 21: 38-45.*
4. *National Heart, Lung and Blood Institute, World Health Organization. Global Initiative for asthma Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Workshop Report Publication number 95-3659 January 1995.*
5. *Guidelines for the diagnosis and management of asthma – J Allergy Clin Immunol 1991; 88 (part2).*
6. Rios JB, Carvalho LP: *Alergia Clínica: diagnóstico e tratamento, São Paulo: Revinter, 1995.*
7. *Guidelines for the diagnosis and management of asthma – Expert Panel Report 2 – NIH Publication, 97 – 4051, April 1997.*
8. Strunk R: *Understanding asthma mortality J Allergy Clin Immunol 1992;68: 291-292.*
9. Sly M: *Changing asthma mortality Ann Allergy 1994; 73: 259 – 268*
10. *National Asthma Campaign – Asthma Management Handbook – 1996.*
11. *National Asthma Training Centre – Royal College of general practitioners, 1995.*
12. FitzGerald JM: *Psychosocial Barriers to Asthma Education, Chest 1994; 106: 260s-263s.*
13. Boulet LP, Chapman KR, Green L, FitzGerald JM: *Asthma Education Chest, 1994; 106: 184s-195s.*
14. *Luskin Allan T: Winning the Compliance War – Latin American Free-Standing Symposium, Miami Beach, Florida, April 2-3, 1998.*
15. *Leung DYM: The Difficult Asthmatic – American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology march, 1998.*
16. *Coutts JA, Gibson NA, Paton JY: Measuring compliance with inhaled medication in asthma Arch Dis Child 1992; 67: 332-333.*
17. *Chmelik F, Doughty A: Objective measurements of compliance in asthma treatment Ann Allergy 1994; 73: 527-532.*
18. *Kohler H: How to implement an asthma education program Clin Chest Med 1995, 16: 558-565.*
19. *Cockcroft D, Kalra S: Outpatient asthma management Med Clin N Amer 1996; 80: 701-718.*
20. *Clark N: Fostering Self-Management Among Patients with Asthma – Asthma Allergy Pediatr 1989;vol2 n4 200-205.*
21. *Gibson P, Talbot P, Toneguzzi R: Self Management. Autonomy and Quality of Life in Asthma Chest 1995; 107: 1003-1008.*

amplie seu conhecimento em asma e em técnicas de comunicação e ensino, para que consiga motivar seu paciente.

O médico especialista, em especial o formador de opinião, precisa comunicar-se também com os médicos generalistas e com os demais profissionais de saúde, para que estes também se conscientizem da necessidade do processo de educação com o paciente. Além disso, tal processo necessita envolver também o profissional de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, estudantes de medicina, assistentes sociais, entre outros), para obtenção dos objetivos educacionais.

A partir daí, o processo educativo abrange o paciente e seus familiares, ampliando-se para a comunidade em geral: família, professores, empregadores, e ainda os elaboradores de política e planejadores, para que façam da asma uma prioridade.

Constituem pontos importantes^{2, 4-5, 7}:

- Treinamento básico para médicos a fim de que a asma seja corretamente diagnosticada, tendo sua gravidade analisada adequadamente, optando-se por um tratamento específico.
- Treinamento de profissionais de saúde que possam proporcionar o respaldo necessário ao trabalho médico e à aplicação das normas educacionais.
- Apoio financeiro às entidades especializadas no tratamento da asma, com ênfase nos serviços públicos de atendimento ao asmático crônico.
- Estímulo à criação de entidades voltadas para atendimento educacional do asmático.

Locais de atuação

Pode-se afirmar sem exagero, que todas as ocasiões devem ser utilizadas com finalidades educativas, abrangendo o maior número de pessoas, dentro dos preceitos éticos inerentes à orientação de noções de saúde para o público:

- No atendimento individual aos asmáticos.
- Em serviços públicos especializados no atendimento aos asmáticos.
- Pré-escola, escola e universidade.
- Educação do público em geral.
- Utilizando recursos de mídia (revistas, rádios, televisão, entre outros)^{2, 4-5, 7}.

O que ensinar ao asmático?

22. Wilson SR, Scamagas P, German DF: Significantly reduced health care utilization in extended follow up of adults receiving asthma education *J Allergy Clin Immunol* 1992; 89: 188a.
23. Janson S: Action plans in asthma management why, when and how? *West J Med* 1996; 165: 149-153.
24. Dales R: Asthma management – a call for action *West J Med* 1996 165: 157-159.
25. National Jewish Center – Using an action plan to manage your asthma, 1994 National Jewish Center For Immunology and Respiratory Medicine.
26. Swanson M, Thompson P: Managing Asthma Triggers in school *Pediatric Nursing* 1994; 20: 181-184.
27. National Asthma Campaign: Asthma in the classroom: what can be done? what should be done? 1994 report by the Schools Health Education Unit, University of Exeter.

Endereço para correspondência:

Policlínica Geral do Rio de Janeiro
Av. Nilo Peçanha 38 Sobreloja (Clín. de Alergia)
CEP: 20020-100
Tel: (021) 296-7177 ramal 125
Email: fatimaemerson@opelink.com.br
Jtebyrica@easyline.com.br

Os principais pontos a serem destacados no processo educativo do asmático envolvem o reconhecimento da doença e do seu manejo pelo próprio paciente e por seus familiares, tornando-os aptos a compreender, colaborar e tomar decisões em parcerias com a equipe de saúde. Um conteúdo didático abrangente deve englobar^{2,18-19}:

- O que é a asma, porque aparece, noções sobre inflamação brônquica, principais sinais e sintomas, fatores desencadeantes de asma (quais são e modos de evitá-los ou controlá-los).
- Medidas de controle ambiental.
- Saber o que é o pico de fluxo expiratório, como utilizá-lo e avaliá-lo.
- Noções sobre controle da asma e conhecimento dos sinais indicativos de que a doença está saindo do controle, assim como aprender a monitorar a gravidade da asma (clínicamente ou, sendo possível, através do acompanhamento e análise da medida de pico de fluxo expiratório).
- Elucidação de tabus e preconceitos.
- Noções sobre o tratamento: principais fármacos, medicamentos de alívio e preventivos (antiinflamatórios): uso, doses, efeitos colaterais mais frequentes, necessidade do tratamento contínuo assim como da individualização do tratamento.
- Quando e como usar a medicação de alívio.
- Treinamento para que a pessoa adquira habilidade no uso de medicamentos inalados: técnicas, espaçadores, indicações nas diferentes situações, etc.
- Plano de ação: detecção de sinais precoces e uso adequado das medicações para evitar a piora, assim como o reconhecimento de sinais de alarme e do momento de procurar a emergência.



[\[Home Page SBAI\]](#) [\[Índice Geral\]](#) [\[Índice do Fascículo\]](#)

A Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia é publicação oficial da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.
Copyright 1998 - SBAI - Av. Prof. Ascendino Reis, 455 - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04027-000