

Assessment of education on asthma in outpatient clinic

Sônia A. Zulato¹, Tsukiyo O. Kamoi², Nelson A. Rosário Filho³

1 - Especialista em Alergia; 2 - Pós Graduanda em Pediatría, Especialista em Alergia; 3 - Professor Titular de Pediatría, Chefe do Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica, Hospital de Clínicas - UFPR.

Resumo

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento sobre asma em familiares de pacientes de ambulatório de alergia.

Método: Foram aplicados 150 questionários com perguntas objetivas e de múltipla escolha, a dois grupos de familiares de pacientes asmáticos. O objetivo foi avaliar o conhecimento de seus responsáveis sobre a natureza da asma e seu tratamento. Grupo I (n=79), de pacientes já em acompanhamento no ambulatório e grupo II (n=71), de pacientes de primeira consulta. Como critério de inclusão os pacientes deveriam ter o diagnóstico de asma atópica e a comparação entre os grupos foi feita pelo teste de Kendal.

Resultados: Quando comparados aos pacientes que vêm ao ambulatório pela primeira vez, um percentual significativo de pacientes já em acompanhamento persiste exposto ao tabagismo passivo. Nos dois grupos, é grande o número de familiares que acredita ser o aerossol prejudicial ao coração e na taquifilaxia dos medicamentos de uso regular.

Ambos os grupos associam asma à alergia e infecções, concordam nas respostas que asma pode levar a óbito, tem cura e não é contagiosa.

Foi observada uma diferença significativa no conhecimento sobre o ácaro: 82% dos familiares dos pacientes em seguimento ambulatorial reconhecem que o ácaro é um elemento da poeira contra somente 45% dos pacientes de primeira consulta.

Conclusão: Os pacientes que são acompanhados no ambulatório especializado associam asma à alergia, sabem o que é ácaro, reconhecem a gravidade da doença; mas ainda têm muitos preconceitos com relação à asma e seu tratamento. Portanto, somente a orientação dispensada durante as consultas rotineiras em um ambulatório, mesmo que especializado, não são suficientes para desmitificar a doença asma, sendo necessária a implantação de programas de educação continuada acoplados aos ambulatórios especializados.

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2000; 23(4):137-142 asma, educação.

Abstract

Objective: To evaluate the level of asthma knowledge of parents of patients attending an allergy clinic.

Method: A questionnaire with objective choice questions on

Outro ponto importante nos programas educacionais direcionados aos pacientes e familiares asmáticos é com relação aos fatores desencadeantes. Na criança os mais comuns são: as mudanças de clima, as infecções de vias aéreas superiores, exposição à poeira domiciliar e inalação passiva da fumaça do cigarro^{2, 4}. Observamos que apesar das orientações na primeira consulta e também nos subsequentes retornos ambulatoriais, os pacientes em acompanhamento especializado ainda permanecem expostos ao tabagismo passivo, fato semelhante ao encontrado por outros autores⁵. Sabe-se que os ácaros são os maiores responsáveis pela alergia dos pacientes. Os familiares de pacientes em acompanhamento no ambulatório especializado responderam corretamente que o ácaro é um elemento da poeira. Este dado foi significativo quando comparado ao grupo de primeira consulta no ambulatório, demonstrando que este é um assunto abordado com mais ênfase pelo médico durante as consultas ou, simplesmente, há maior interesse pelo paciente ou as duas hipóteses.

O tratamento efetivo da asma leva ao seu melhor controle, maior participação do paciente no manejo da doença, aprimoramento da técnica de utilização de medicamentos por aerossol, maior adesão ao tratamento, diminuição de internações, redução das visitas à emergência, menor perda de dias de escola e serviço, redução dos custos econômicos com a doença e melhora da qualidade de vida².

Um estudo randomizado foi conduzido comparando um grupo controle a um grupo de crianças admitidas por asma ou atendidas em ambulatório, que receberam um programa de educação e plano de manejo. Foram avaliados durante um ano 91 pacientes de três a 14 anos de idade; 77 pacientes completaram o estudo com anotações diárias por tempo médio de 283 dias. Pacientes do grupo que recebeu a intervenção tiveram significativamente menos restrições das atividades menos episódios de valores de pico de fluxo expiratório abaixo de 30% do esperado, menos ausências escolares e consultas médicas, além da melhora na técnica de uso do corticóide inalado. Não houve redução nas internações¹⁴. Outro estudo randomizado foi conduzido por um período de dois anos envolvendo 95 crianças em um programa domiciliar e ambulatorial. Durante o primeiro ano houve três meses de visitas clínicas, educação e visita domiciliar por uma enfermeira treinada. O grupo controle

nature of disease and treatment was applied to 150 participants. They were divided in two groups: Group I (n=79) of patients already being followed-up in an outpatient clinic; group II (n=71) patient seen at first visit. The inclusion criteria was a diagnosis of atopic asthma and comparison between group was done by Kendal test.

Results: *Despite receiving orientation from special-list, patient in follow-up had been kept on tobacco exposure. In both groups there were several participants that believed aerosol use could harm the heart and provoke tachyphylaxis. Both groups related asthma to infections, and agreed that asthma might cause death, was curable and not contagious. A significant number of patients from the clinic recognized mites as an important dust element.*

Conclusion: *Patients followed in an allergy clinic relate asthma to allergy and mites. They recognize disease severity but they have misconceptions on nature and treatment. Education in asthma is the cornerstone of success in treating the disease.*

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2000; 23(4):137-142 asthma, education.

Introdução

Nos últimos anos têm-se observado um aumento na prevalência da asma. No Brasil dados recentes do International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), realizado em algumas cidades brasileiras, nas faixas etárias de seis a sete anos e de 13 a 14 anos revelam, para as duas populações, uma prevalência média cumulativa de 13,3%¹.

Em ambulatórios gerais, a asma tem sido responsável por 5% das consultas pediátricas e nos serviços de urgência pediátrica tem atingido até 16% dos atendimentos¹. O impacto sócio-econômico da asma é enorme, não somente como resultado no aumento dos custos dos serviços de saúde; em 1996 o gasto foi aproximadamente 76 milhões de reais com as internações por asma. Isso corresponde a 2,8% do gasto anual total em saúde, representando o terceiro maior valor de gastos do SUS (Sistema Único de Saúde) em todo o país com uma doença¹. Além destes custos diretos, há os indiretos como consequência de perda de produtividade e também prejuízo na qualidade de vida, pois com frequência o asmático evita os exercícios físicos com perda de oportunidade ocupacional e recreacional, além de evitar muitas atividades comuns por medo de exposição a indutores ou irritantes, criando conflitos interpessoais^{2, 3}. A asma é uma doença cercada de mitos e preconceitos, a começar pelo seu próprio nome que muitas vezes é evitado por estar popularmente associado às formas mais graves. Idéias preconcebidas a respeito da asma e de seu tratamento acabam levando o paciente à procura constante de tratamentos alternativos e de sua cura. O tratamento inadequado, sem controle da doença, ocasiona uma série de restrições às atividades do paciente, com enorme prejuízo tanto para sua vida como para a sociedade².

Falhas no tratamento levam a um aumento na morbidade e mortalidade e podem ocorrer por causas ligadas ao paciente,

continuou a receber cuidados regulares do médico da família ou pediatra. 89 crianças (93%) completaram o estudo. O grupo de estudo teve menos ausências escolares que o controle e mostraram significativa melhora da função pulmonar após um ano. Apresentaram ainda, melhor técnica no uso do aerossol além de relatos das famílias de maior responsabilidade no manejo da asma. A intervenção falhou na redução à exposição secundária ao cigarro ou animais domésticos de estimação. Um ano após descontinuar a intervenção, os benefícios do programa foram perdidos. Portanto, abrangentes programas ambulatoriais de manejo da asma para crianças podem melhorar medidas objetivas de gravidade da doença, mas devem ser contínuos¹⁵. Nos Estados Unidos os programas oficiais de educação em asma iniciaram nos anos 70, estimulados pelas altas taxas de não aderência aos regimes medicamentosos principalmente dos pacientes assintomáticos. Vários métodos educacionais são utilizados: programas com pequenos grupos, instrução individual pelo próprio médico ou outros educadores, videotapes e computadores. As intervenções mais efetivas têm sido as que são formadas por pequenos grupos e as evidências sugerem que o método citado é mais barato e mais efetivo que o de formação individual. A partir da década de 70 consideráveis progressos têm sido vistos nas avaliações dos programas de educação em asma e as deficiências dos estudos não controlados são reconhecidas. Atualmente, as taxas de hospitalização e a prevalência da asma permanecem altas ao mesmo tempo que são sinais de que a mortalidade pode aumentar. O custo da asma para os Estados Unidos foi em 1990 de 6,2 bilhões de dólares¹⁶.

A eficiência dos guias internacionais foi avaliada em crianças brasileiras de baixa renda, em São Paulo. Com a instituição de um programa educacional em asma, houve um declínio no número de consultas e internações por crises agudas. A combinação deste programa à disponibilidade de medicação e à atenção médica, melhora a qualidade de vida do asmático e promove economia de recursos¹⁷. Uma consultoria estimou que o custo total da asma no Canadá é de cerca de 600 milhões de dólares. Os estudos de mortalidade geralmente têm concluído que a maioria das mortes são evitáveis. Na avaliação da eficácia dos programas educacionais o comitê científico define que eles parecem influenciar o trabalho de controle da asma, a qualidade de vida do paciente asmático e o uso dos serviços de saúde¹⁸.

Um programa de educação para o tratamento da asma pode ser aplicado, associado ao atendimento médico e é importante que seja adaptado às características sócio-econômicas e culturais da população alvo. O programa deve demonstrar aos participantes que o curso da doença pode ser modificado na dependência direta do engajamento do paciente ao plano de tratamento².

Sabe-se que um programa ideal de educação em asma é formado por uma equipe multiprofissional e deve envolver, se possível, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, educadores, assistentes sociais e psicólogos. Dúvidas devem ser valorizadas e esclarecidas, pois condutas que parecem simples para o profissional são, não raro, extremamente complicadas para o paciente. A equipe de

ao médico ou à estrutura do sistema de saúde. As principais causas associadas ao paciente ocorrem por insuficiente conhecimento da fisiopatologia da doença e da importância da manutenção dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos¹.

A educação do paciente e seus familiares é fundamental para o sucesso do tratamento. Conhecer a natureza da doença, os fatores desencadeantes das crises, informações referentes ao mecanismo de ação dos medicamentos e possíveis efeitos colaterais, ajudam estabelecer uma boa relação médico-paciente. Com isto, consegue-se a adesão às medidas de higiene ambiental e ao uso adequado da medicação profilática ou para alívio das crises, o que resulta em melhor controle da asma.

O presente estudo teve como objetivo: avaliar o nível de conhecimento sobre asma, em famílias de pacientes em acompanhamento ambulatorial e compará-lo com o dos familiares de pacientes em primeira consulta no mesmo ambulatório.

Método e casuística

Participaram do estudo 150 familiares de crianças com diagnóstico de asma, atendidas no ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica do Hospital de Clínicas - UFPR. Como instrumento de pesquisa utilizou-se um questionário contendo perguntas objetivas e de múltipla escolha, direcionadas à avaliação do conhecimento sobre a asma.

Dois grupos foram avaliados:

· Grupo I (GI): de familiares de pacientes já em acompanhamento no ambulatório, com 79 questionários respondidos e tempo médio de acompanhamento no ambulatório de 2,4 anos (variando de dois meses a dez anos e cinco meses).

· Grupo II (GII): de familiares de pacientes atendidos pela primeira vez no ambulatório e que não acompanhavam em nenhum outro serviço especializado em alergia, com 71 questionários respondidos.

Por ocasião do primeiro atendimento em nosso serviço, os pacientes recebem instruções por escrito e que são explicadas, sobre a importância da higiene ambiental. Estas incluem o conhecimento sobre os ácaros, reforçados pelos resultados dos testes cutâneos, e as medidas para reduzir a exposição a estes e outros alérgenos, bem como de irritantes e poluentes, dos quais a exposição à fumaça do cigarro é enfatizada.

Os dados dos questionários foram digitados em programa estatístico utilizando-se para comparação entre dois grupos o teste de Kendal, tendo sido considerado significativo o valor de p menor ou igual a 0,05.

Resultados

Observou-se uma frequência maior de meninos que de meninas tanto no GI (65%) quanto no GII (56%). E nos dois grupos, um percentual maior de crianças na faixa etária acima de seis anos, correspondendo a 66% no GI e 54% no GII. O tempo médio de acompanhamento ambulatorial do GI era de 2,4 anos (tabela 1). Com relação ao grau de parentesco do acompanhante 97% dos pacientes, em ambos

saúde repete e reforça as mensagens iniciais⁶. Um programa de educação não consiste na transferência passiva de informações, mas sim, envolve a participação ativa do paciente¹.

Finalmente, é importante que as entidades governamentais, a política econômica e o setor de medicina preventiva, em cada região, reconheçam o real valor dos investimentos na criação de ambulatórios estruturados para atendimento e educação do asmático, onde são necessários conhecimento, habilidade e atitudes para o efetivo controle da asma. Para alcançar estes objetivos é necessária a introdução de planos de educação individualizados, nos grupos de pacientes e na equipe de saúde, bem como a liberação de recursos para a implantação desses planos. Para tanto, é consensual que todo o esforço das sociedades envolvidas nesse programa seja dirigido para divulgar-lo, obter recursos e implantá-lo².

Referências bibliográficas

1. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Rev. bras. alerg. imunopatol. 1998; 21:176-216/245-254 (supl. 1).
2. I Consenso Brasileiro de educação em Asma - Plano de Educação e Controle da Asma. J Pneu-mol 1996; 22:5-17.
3. 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.
4. Trippia SMG, Rosário NA, Ferrari FP. Aspectos clínicos da asma na criança: análise de 1009 pacientes de um ambulatório especializado. Rev. bras. alerg. imunopatol. 1998; 21(3):75-82.
5. Miranda PCB, Sant'Anna CC. Controle do ambiente nos lares de crianças asmáticas. Rev. bras. alerg. imunopatol. 1998; 21(6):203-208.
6. Emerson F, Tebyriça JN. Educação e asma. Rev. bras. alerg. imunopatol. 1998; 21(6):209-217.
7. Boulet LP, Chapmann KR, Green LW, FitzGerald JM. Asthma Education. Chest 1994; 106(4): 184S-196S (Supl).
8. Garcia JMC, Santos PG. Asthma self management education program by home peak expiratory flow. Am J Respir Crit Med 1995; 151:353-359.
9. Goldstein RA, Green LW, Parker SR. Patient Education. J Allergy Clin Immunol 1991; 88: 460-472.
10. Storns B, Olden L, Nathan R, Bodman S. Effect of allergy specialist care on the quality of life in patients with asthma. Ann Allergy Asthma Immunol 1995; 75:491-494.
11. Howland J, Bauchner H, Adair R. The impact of pediatric asthma education on morbidity. Chest 1988; 94: 964-969.
12. Shields M, Griffin KW, McNabb L. The Effect of a Patient Education Program on Emergency Room Use for Inner-City Children With Asthma. Am J Publ Health 1990; 80:36-38.
13. Madge P, McColl J, Paton J. Impact of a nurse-led home management training programme in children admitted to hospital with acute asthma: a randomised controlled study. Thorax 1997; 52: 223-228.
14. Charlton I, Antoniou AG, Atkinson J, Campbell MJ, Chapman E, Mackintosh T, et al. Asthma at the interface: bridging the gap between general practice and a district general hospital. Arch Dis Child 1994; 70:313-318.
15. Hughes DM, McLeod M, Garner B, Goldbloom RB. Controlled trial of a home and ambulatory program for asthmatic children. Pediatrics 1991; 87:54-61.
16. Wilson RS, Starr_Schneidkraut N. State of the Art in Asthma Education: The US Experience. Chest 1994; 106:194S-205S.
17. Cabral ACP, Carvalho WAF, Chinen M, Barbiroto RM, Boueri FM, Martins MA. Are International Asthma Guidelines effective for low-income Brazilian children with asthma? Eur Respir J 1998; 12:35-40.
18. Boulet LP, Chapmann KR. Asthma Education. The Canadian Experience. Chest 1994; 106(4): 206S-210S (supl).

Endereço para correspondência

Dr. Nelson Augusto Rosário Filho

Rua Gal. Carneiro, 181 / 14º andar

80060-900 - Curitiba - PR

Telefax: 0XX41-360.1800 Ramal 6494

os grupos, vieram à consul-ta acompanhados pela mãe, os outros vieram com o pai ou a avó. Havia tabagismo passivo em 52% dos pacientes do G I e 56% dos pacientes de primeira consulta. Quando foi perguntado se a asma é igual à bronquite, 50% dos familiares de pacientes em acompanhamento e 58% dos de pri-meira consulta responderam que asma não é igual à bronquite alérgica. Na pergunta, "o que você entende por asma?", 46% dos familiares do G I e 49% do G II assinalaram que é uma doença dos pulmões causada por infecção e apenas 26% dos familiares de pacientes em acompanhamento no ambulatório responderam que a asma é uma doença inflamatória ([tabela 2](#)).

Com relação à gravidade da doença, 85% no G I e 70% no G II, responderam afirmativamente que a asma pode matar. 84% do G I e 70% do G II associaram asma à alergia e mais de 60% deles acreditam que asma tem cura. Uma diferença sig-nificativa entre o grupo de primeira consulta e o grupo que já é acompanhado no ambulatório e que recebe as orientações de controle ambiental foi com relação à pergunta o que é o ácaro, onde respectivamente 45% e 82% responderam que ácaro é um elemento da poeira. Os exercícios físicos também são motivos de muitas dúvidas entre os grupos de asmáticos, 42% do G I e 39% do G II assinalaram que os exercícios físicos provocam crise de asma. Mais de 50% nos dois grupos acham que o remédio vicia. A utilização preventiva regular era de 70% nos pacientes que acompanham no ambulatório e apenas 20% nos pacientes que chegaram na pri-meira consulta.

Discussão

Apesar dos avanços na terapêutica antiinflama-tória da asma, sua prevalência tem aumentado nos últimos anos, principalmente nas crianças^{1, 2}. O paciente deve conhecer a natureza de sua do-ença, como monitorizá-la e que medicações de-vem ser utilizadas para adequado controle e há um consenso que quanto maior o conhecimento do paciente sobre a doença menor a sua mórbida-de e mortalidade⁸⁻¹². Em estudo randomizado e controlado de um programa de manejo domiciliar da crise aguda, orientado por uma enfermeira treinada, e realizado durante internações hospita-lares de 201 crianças de dois anos ou mais, 96 pacientes receberam o programa de treinamento e 105 pertenciam ao grupo controle. Com um se-guimento de dois a 14 meses houve diminuição de 25% para 8% nas readmissões hospitalares no grupo que recebeu a intervenção e no grupo con-trole houve 24,8% de readmissões. Demonstrou- -se que uma enfermeira treinada administrando um programa de educação durante internação hospitalar para manejo domiciliar da asma, pode reduzir significativamente as readmissões hospi-talares¹³.



Tabela 1 - Características clínicas dos pacientes em acompanhamento ambulatorial (grupo I) e por ocasião da primeira consulta (grupo II).

	Grupo I	Grupo II
Números de casos	79 (%)	71 (%)
Idade		
1-6 anos	27 (34)	32 (45)
> 6 anos	52 (66)	39 (55)
Sexo		
Masculino	51 (65)	40 (56)
Feminino	28 (35)	31 (44)
Uso de medicação preventiva	55 (70)	14 (20)
Tempo médio de acompanhamento	2,4 anos	0

Tabela 2 - Frequência (%) de respostas afirmativas ao questionário.

Pergunta	Grupo I		Grupo II		p
	n	%	n	%	
Alguém fuma na casa do paciente	41	(52)	40	(56)	NS
Asma é igual a bronquite alérgica	28	(35)	22	(31)	NS
Alguém pode morrer por asma	67	(85)	50	(56)	NS
Asma tem cura	57	(72)	43	(61)	NS
Ácaro é um elemento da poeira	65	(82)	32	(45)	<0,01*
Exercícios físicos provocam asma	36	(45)	28	(39)	NS
O remédio vicia	47	(59)	39	(55)	NS
Asma é uma doença causada por infecções	36	(46)	35	(49)	NS
Asma é uma doença inflamatória	21	(26)	14	(20)	NS
Total	79	(100)	71	(100)	-

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

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