

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

NAZARÉ OTILIA NAZÁRIO

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA INDIVIDUALIZADA NA
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE ASMA
PERSISTENTE**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

NAZARÉ OTÍLIA NAZÁRIO

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA INDIVIDUALIZADA NA
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE ASMA
PERSISTENTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem na Área de Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
Co-orientadora: Dra. Marcia Margaret Menezes Pizzichini

FLORIANÓPOLIS
2007

NAZARÉ OTÍLIA NAZÁRIO

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA
INDIVIDUALIZADA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
PORTADORES DE ASMA PERSISTENTE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

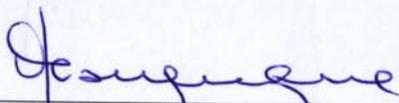
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 19 de novembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

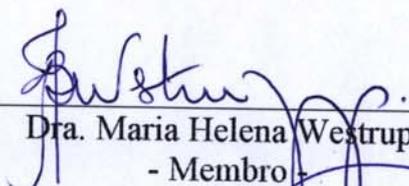


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

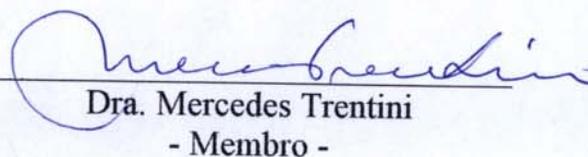
Banca Examinadora:



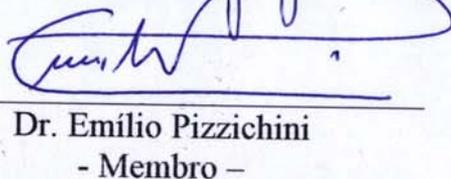
Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
- Presidente -



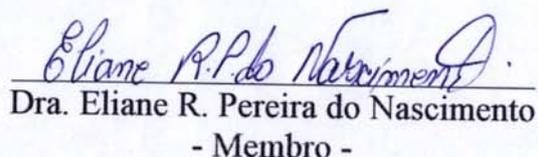
Dra. Maria Helena Westrupp
- Membro -



Dra. Mercedes Trentini
- Membro -

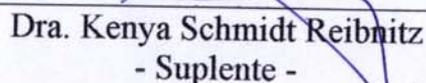


Dr. Emílio Pizzichini
- Membro -



Dra. Eliane R. Pereira do Nascimento
- Membro -

Dr. Aureo dos Santos
- Suplente -



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
- Suplente -

***“Se planejamos para um ano, devemos
plantar cereais.
Se planejamos para décadas, devemos
plantar árvores.
Se planejamos para toda a vida,
devemos educar o homem.”
(Kwantzu, China, III a.C.).***

AGRADECIMENTOS

♥ *Ao Amigo e Orientador Dr. Gelson Luiz de Albuquerque por sua sensibilidade e disponibilidade em aceitar assumir a orientação desta Tese o meu agradecimento e a admiração de sempre;*

♥ *A Co-orientadora Dr^a. Marcia Margaret Menezes Pizzichini, por acreditar no meu potencial e acompanhar essa trajetória desde os momentos iniciais, seus ensinamentos foram decisivos para essa construção, o meu agradecimento sincero;*

♥ *Aos integrantes da Banca Examinadora: Dr^a. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dr. Emílio Pizzichini, Dr^a. Maria Helena Westrupp e Dr^a. Mercedes Trentini, por terem respondido prontamente ao convite para participar da avaliação da Tese, manifestando entusiasmo pelo trabalho desenvolvido. Obrigada pelas críticas e sugestões relevantes e fundamentais a esta construção;*

♥ *À Dr^a. Kenya Schmidt Reibintz pelo entusiasmo e cientificidade em contribuir para o aprimoramento deste estudo. Muito obrigada por ter me acompanhado em mais esta caminhada e pelas valiosas contribuições na banca de qualificação e na construção final da tese;*

♥ *Ao Amigo Dr. Áurio dos Santos obrigada pela disponibilidade em aceitar compor a banca examinadora, e por suas sugestões, comentários e opiniões, o sincero agradecimento;*

♥ *Ao Coordenador do NUPAIVA Dr. Emílio Pizzichini, obrigada pelo carinho, pelas palavras de estímulo, pela confiança, por acreditar em meu potencial e pelo empenho em facilitar as minhas atividades profissionais, sempre que possível, para que eu pudesse realizar a coleta e a análise dos dados;*

♥ *À Dr^a. Vera Blank por suas contribuições, o agradecimento;*

♥ *Ao Dr. Emil Kupeck, o agradecimento pelos ensinamentos estatísticos;*

♥ *À equipe do NUPAIVA: Enfermeiras Cristiane Rocha e Maíra Perraro, Técnica do Laboratório Célia Zimmermann, pelo carinho e estímulo nas horas difíceis. Em especial a Dr^a. Leila Steidle, obrigada por suas valiosas contribuições e por ter sido grande parceira nesta caminhada;*

♥ *Aos amigos Inês e Arno, Elza e Ivan, Maria Albertina (Berta) e Simone Karmann que com suas palavras carinhosas renovaram minhas energias e minha vontade de seguir em frente nos momentos difíceis dessa caminhada, o agradecimento com o carinho e a admiração de sempre;*

♥ *Às novas amizades encontradas no doutorado: Zídia e Leonor, o agradecimento pelo compartilhar de conhecimentos e pela certeza de poder continuar contando com vocês. Aos colegas de doutorado, obrigada pelos momentos que passamos juntos;*

♥ *À minha mãe Clara e irmã Andréia obrigada pelo companheirismo na alegria, estímulo na tristeza e afeto na distância;*

♥ *Ao Rodrigo Jorge, razão do meu viver, que no seu jeito peculiar de ser e existir vibra com as minhas conquistas e torce pelo meu sucesso. Seus sábios dizeres, nos momentos de dificuldades nesta construção, me fizeram de cabeça erguida seguir lutando até a vitória. Obrigada por ser exatamente como você é, eu te amo;*

♥ *Aos pacientes – participantes da pesquisa - que a cada encontro me mostravam novas possibilidades no cuidar-educar em Enfermagem, o agradecimento e a lembrança.*

RESUMO

NAZÁRIO, Nazaré Otilia. Efeito de uma intervenção educativa individualizada na qualidade de vida de pacientes portadores de asma persistente. 2007. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientador: Dr. Gelson Luiz de Albuquerque

Trata-se um ensaio clínico, semi-experimental, com duração de 18 semanas, intervencional, de delineamento longitudinal, randomizado, de grupos paralelos, com o objetivo de desenvolver módulos de aprendizagem sobre o controle da asma para a intervenção educativa e avaliar os efeitos na qualidade de vida e a relação com o controle da asma dos pacientes submetidos à intervenção educativa. O estudo foi dividido em dois períodos seqüenciais distintos: período pré-randomização com duração de 2 semanas, teve por objetivo determinar se os participantes eram capazes de seguir as orientações, preencher adequadamente os diários e medir o pico de fluxo expiratório e, período pós-randomização que teve a duração de 16 semanas. Os participantes do Grupo Intervenção (GI), durante o período pós randomização, foram avaliados através de visitas com intervalos de 30 dias. Os dados foram analisados de forma estatística e clínica. Nos resultados observamos que o escore global de qualidade de vida no GI teve uma melhora clinicamente importante (> 2.0) e que isto não ocorreu no GC. Contudo a análise das diferenças entre grupos demonstrou nível de significância igual a 0.05. A análise das mudanças após intervenção em cada domínio estudado, mostrou aumento clinicamente importante (diferença ≥ 0.5) no GI e no GC apenas na limitação das atividades. As diferenças entre grupos foram estatisticamente significativas apenas para limitação das atividades e função emocional. No controle da asma os resultados demonstram que o mesmo não foi modificado pela intervenção educativa, quer quando analisado como escore global ou quando analisado por itens do escore. Estes resultados são importantes porque demonstram que uma intervenção educativa pode modificar a qualidade de vida dos asmáticos. Além de serem relevantes por comprovar que a utilização de um método educativo estruturado, flexível e dinâmico, amplia informações fundamentais sobre a asma favorecendo mudanças na forma de lidar com a doença e seu tratamento. Sugere que se comece a pensar em submeter a prática assistencial de enfermagem a investigações criteriosas, procurando avaliá-la a luz do que se entende por enfermagem-ciência. Uma comprovação em nível de desempenho assistencial poderá contribuir para a apropriação do papel do enfermeiro com maior autonomia profissional, principalmente no que tange a realização do diagnóstico, prescrição e avaliação de enfermagem, junto aos pacientes e familiares, nas mais diversas áreas assistenciais, que também requerem pela prática educativa uma aprendizagem de autonomia no controle de seu conviver com a asma, como uma condição crônica de saúde.

Palavras Chaves: Educação. Qualidade de vida. Controle da asma.

ABSTRACT

NAZÁRIO, Nazaré Otilia. Effect of an intervention educativa individualizada the quality of life for asthma patients portadores persistent. 2007. 133 p. Dissertation (Doctorate in Nursing) – Health Sciences Center Federal University of Santa Catarina, Florianópolis Brazil.

Advisor: Dr. Gelson Luiz de Albuquerque

This is clinical trial, semi-experimental, with duration of 18 weeks, interventional, using a longitudinal, randomized outline of parallel groups. The objective of this study is to develop learning models concerning asthma control for educational intervention and to evaluate their implications upon the quality of life in relation to the asthma control of patients who are submitted to educational intervention. This study was divided in two distinct sequential periods: the pre-randomized period, which lasted 2 weeks and sought to determine if the participants were able to follow the orientation given, correctly fill out the daily reports, and measure the peak expiratory flow; and the post-randomization period, which lasted for 16 weeks. The participants in the Intervention Group (IG) were evaluated during the visits in 30-day intervals during the post-randomization period. The data was analyzed statistically and clinically. We observed in the results that the global standard for quality of life in the IG had a clinically important improvement (> 2.0), which did not occur in the CG. However, the analysis of the differences between groups demonstrated a level of significance equal to 0.05. The analysis of changes after intervention in each domain studied showed a clinically important improvement (difference ≥ 0.5) in the IG and in the CG only in the limitation of activities. The difference between groups was statistically significant only for the limitation of activities and for emotional functioning. Concerning the control of asthma, the results demonstrated that the same was not modified by educational intervention, whether when analyzed against the global standard or when analyzed by items of the standard. These results are important because they show that educational intervention can modify the quality of life of asthma patients. They are also relevant in confirming that the utilization of a structured, flexible, and dynamic educational method amplifies fundamental information about asthma, favoring changes in the manner of dealing with the disease and its treatment. We suggest that consideration is given to submitting the nursing care practice to criteria-based investigations, seeking to evaluate it with respect to what is understood to be nursing-science. An approval in terms of care performance may contribute to the appropriation of the role of nursing with greater professional independence, principally in what refers to the achievement of nursing diagnosis, prescription, and evaluation, together with the patients and family members, in the most diverse areas of care, which also requires learning autonomy in the control of living with asthma as a chronic health condition.

Keywords: Education. Quality of life. Asthma control.

RESUMEN

NAZÁRIO, Nazaré Otilia. Efecto de una intervención educativa individualizada la calidad de vida de los pacientes portadores de asma persistente. 2007. 133 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientador: Dr. Gelson Luiz de Albuquerque

Se trata de un ensayo clínico, semi-experimental, con duración de 18 semanas, intervencional, de delineamiento longitudinal, randomizado, de grupos paralelos, con el objetivo de desarrollar módulos de aprendizaje sobre el control del asma para la intervención educativa y evaluar las implicaciones en la calidad de vida en relación con el control del asma de los pacientes sometidos a intervención educativa. El estudio fue dividido en dos períodos secuenciales distintos: período pre-randomización con duración de 2 semanas, tuvo como objetivo determinar si los participantes eran capaces de seguir las orientaciones, rellenar adecuadamente los diarios y medir el flujo espiratorio máximo y, período post-randomización, que tuvo la duración de 16 semanas. Los participantes del Grupo Intervención (GI), durante el período post-randomización, fueron evaluados a través de visitas con intervalos de 30. Los datos fueron analizados de forma estadística y clínica. En los resultados observamos que el score global de calidad de vida en GI tuvo una mejora clínicamente importante (> 2.0) y que lo mismo no pasó en GC. Con todo el análisis de las diferencias entre grupos demostró un nivel de importancia igual a 0.05. En análisis de los cambios después de la intervención en cada dominio estudiado, se mostró un aumento clínicamente importante (diferencia ≥ 0.5) en GI y en GC solo en la limitación de las actividades. Las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas apenas para limitación de las actividades y función emocional. En el control del asma los resultados demuestran que él no fue modificado por la intervención educativa, sea como analizado como score global o cuando analizado por ítems del score. Estos resultados son importantes porque demuestran que una intervención educativa puede modificarla calidad de vida de los asmáticos. Además de ser relevantes por comprobar que la utilización de un método educativo estructurado, flexible y dinámico, amplía informaciones fundamentales acerca del asma favoreciendo el cambio en la manera de enfrentar la enfermedad y su tratamiento. Sugiere que se empiece a pensar en someter la práctica asistencial de enfermería a investigaciones sensatas, buscando evaluarla a la luz de lo que se entiende por enfermería-ciencia. Una comprobación en nivel de desempeño asistencial podrá contribuir para la apropiación del papel del enfermero con mayor autonomía profesional, principalmente en lo que pulsa la realización del diagnóstico, prescripción y evaluación de enfermería, junto a los pacientes y a los familiares, en las más distintas áreas asistenciales, que también requieren por la práctica educativa un aprendizaje de autonomía en el control de su convivir con el asma, como una condición crónica de salud.

Palabras Clave: **Educación; Calidad de Vida; Control del asma.**

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
BD	Broncodilatador
BDAR	Broncodilatador de Ação Rápida
CI	Corticóide Inalado
CSN	Conselho Nacional de Saúde
CVF	Capacidade Vital Forçada
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
GINA	Iniciativa Global na Asma
HU/UFSC	Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina
HU/UFRJ	Hospital Universitário/universidade Federal do Rio de Janeiro
LABA	Beta ₂ Agonista de Longa Ação
NUPAIVA	Núcleo de Pesquisa em Asma e Inflamação de Vias Aéreas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAA	Programa de Educação em Asma para Adultos
PFE	Pico de Fluxo Expiratório
ProAR	Programa de Asma e Rinite Alérgica
PSF	Programa de Saúde da Família
QCA	Questionário de Controle da Asma
QQVA	Questionário de Qualidade de Vida em Asma
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SPSS	Programa Estatístico para Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
V	Visita
VEF	Volume Expirado Forçado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	A abordagem educativa como um aspecto da atenção à saúde do paciente asmático	20
2.2	A abordagem educativa e o impacto na qualidade de vida e no controle da doença	26
2.3	Princípio educativo: tecnologia para o cuidado ao paciente asmático	38
3	METODOLOGIA	51
3.1	Participantes	51
3.2	Considerações Éticas	51
3.3	Local do Estudo	52
3.4	Desenho do estudo	52
3.5	Procedimentos	54
3.5.1	Diário de Controle da Asma	54
3.5.2	Espirometria	55
3.5.3	Questionário sobre Qualidade de Vida em Asma (QQVA)	55
3.5.4	Questionário sobre Controle da Asma (QCA)	57
3.5.5	Intervenção Educativa	57
3.5.6	Plano de Ação/Cartão de Tratamento da Asma	59
3.6	Análise Estatística	60
4	RESULTADOS	61
4.1	Randomização e Desistência	61
4.2	Características dos Participantes: GI e GC	62
4.3	Efeito da Intervenção Educativa na Qualidade de Vida de Asmáticos	63
4.4	Relação da Intervenção Educativa no Controle da Asma	65
5	DISCUSSÃO	67
5.1	A Intervenção Educativa	68
5.2	Efeito da Intervenção Educativa na Qualidade de Vida de Asmáticos	72
5.3	Relação da Intervenção Educativa no Controle da Asma	78
	CONCLUSÃO	82
	RECOMENDAÇÕES	84
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	92
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
	APÊNDICE B – Questionário Geral	95
	APÊNDICE C - Módulo I e Módulo II	96
	APÊNDICE D – Folder I	110
	APÊNDICE E – Folder II	112
	APÊNDICE F – Cartão de Tratamento da Asma	114
	APÊNDICE G	115
	APÊNDICE H	116
	APÊNDICE I	117
	APÊNDICE J	118
	ANEXOS	119
	ANEXO A – Diário de Controle da Asma	120
	ANEXO B – Questionário sobre Qualidade de Vida em Asma (QQVA)	125
	ANEXO C – Questionário Controle da Asma	132

1 INTRODUÇÃO

A asma é abordada como uma situação crônica no processo saúde-doença. É uma condição altamente prevalente e com expressivos índices de morbidade. Manifesta-se por episódios de sibilância, dispnéia, cansaço, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. Anualmente ocorrem cerca de 350.000 internações hospitalares por asma no Brasil. É a 4ª causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), representando 2,3% do total de internações, sendo a terceira causa entre crianças e adultos jovens. Existem indícios de aumento da prevalência da asma, no mundo e no Brasil. Um estudo multicêntrico realizado em cinquenta e seis países mostra variabilidade de asma ativa (1,6 a 36,8%), estando o Brasil em 8º lugar com prevalência de 20% (BRASIL, 2005). A mortalidade por asma é baixa, mas nos países em desenvolvimento, vem aumentando nos últimos dez anos, correspondendo a 5-10% dos óbitos, por causa respiratória, com elevada proporção de óbitos domiciliares. O fato dos indivíduos viverem mais em ambientes fechados, o aumento da urbanização e a poluição são algumas das causas do aumento da prevalência da doença (SBPT, 2002).

A abordagem inadequada da asma, por médicos e pacientes, é um fator que corrobora com o aumento da morbi-mortalidade em asma (REA et al, 1986; SEARS, 1995).

Atualmente, a asma é definida como doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se com episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. Resultante de interação genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas. (SBPT, 2006, GINA, 2006).

A avaliação da gravidade da asma é feita a partir da análise da frequência e intensidade dos sintomas e função pulmonar. Além destes, outros aspectos também são considerados para a classificação da gravidade: tolerância ao exercício, medicação necessária para estabilizar os sintomas,

número de idas ao pronto socorro e visitas não agendadas ao ambulatório, número anual de cursos de corticoesteróide sistêmico, número de internações por asma e necessidade de ventilação mecânica. Enfim, a classificação da gravidade envolve a seriedade da doença e a resposta ao tratamento. Assim, o paciente pode apresentar graves sintomas e limitação ao fluxo de ar e ter a asma classificada como persistente grave diferente em apresentação inicial, mas responder adequadamente ao tratamento e, necessitar de doses baixas de medicação e ser caracterizada como asma leve, persistente ou moderada (SBPT, 2006).

As estatísticas nacionais relacionadas à asma são precárias, mas não há dúvida, de que se fizermos projeções em comparação às estatísticas mundiais, a dimensão do problema é similar – um grave problema de saúde pública. Numa estimativa da incidência de asma em torno de 7% da população, é possível que existam cerca de 10 milhões de asmáticos no Brasil, nas mais diferentes situações clínicas. A grandiosidade deste número, por si só, indica a necessidade de medidas que visam conscientizar a população a respeito do problema, otimizar ações assistenciais através da instituição de programas de educação – para profissionais da área da saúde, asmáticos e seus familiares – de como controlar a doença, além de uma política de saúde que viabilize o acesso da população à terapêutica medicamentosa necessária para o controle da doença (PIZZICHINI, 1998).

Pizzichini (1989) ao estudar o grau de conhecimento sobre a asma em população adulta, em Florianópolis-SC, concluiu que a mesma desconhecia os principais aspectos de sua doença e do tratamento empregado. Ao comparar os resultados da pesquisa àqueles publicados na literatura, observa que grande parte da morbidade da doença, relatada pelos asmáticos entrevistados, a exemplo: número elevado de internações e de consultas aos serviços de emergência, índice elevado e absenteísmo e sintomas noturnos, poderiam ser revertidas por meio de programas educacionais estruturados. Refere ainda que os dados do estudo demonstram a necessidade da criação de um centro de referência em asma, destinado ao tratamento e à educação continuada dos pacientes e dos diversos profissionais envolvidos com o problema.

É possível afirmar que os resultados dessa pesquisa continuam atuais a partir do que assegura o III Consenso Brasileiro no Manejo em Asma (SBPT, 2002): a educação é fundamental para o controle da asma e tem impacto positivo na mudança ativa de comportamento do paciente frente à doença. Os principais níveis de educação em asma incluem a educação estruturada para os pacientes asmáticos como a possibilidade de reduzir o número de hospitalizações, visitas ao pronto socorro, visitas não agendadas ao ambulatório e o absenteísmo. A equipe multidisciplinar também é citada para a execução dos programas educativos que podem ser aplicados a indivíduos ou a grupos.

Conforme Santos, Oliveira e Fernandes (2006) o reconhecimento da cronicidade da doença sugere a participação ativa do paciente na identificação dos sintomas e no tratamento adequado para o controle da asma. Os programas de educação têm como objetivo habilitar o paciente a participar ativamente do seu tratamento alcançando o controle da doença. As Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (SBPT, 2006) orientam o manejo da doença, a partir da utilização de um Programa Educativo: o ABCD da Asma, que consiste: A = abordar os fatores agravantes e orientar como evita-los; B = buscar medicamentos apropriados e usa-los com técnica adequada; C = colocar em prática a execução de um plano de ação; D = descrever os efeitos colaterais dos medicamentos usados e saber como minimizá-los. Isto pode contribuir para a maior adesão ao tratamento, favorecendo para a diminuição das internações hospitalares, redução das idas à emergência, perdas de dias de trabalho e de escola, redução dos custos econômicos com a doença e melhora da qualidade de vida.

De acordo com Weber (2005), a influência das doenças crônicas, na saúde física, no desempenho profissional e na vida familiar, ampliou o conceito do tratamento das enfermidades. A busca por qualidade de vida tornou-se tão importante quanto a resposta clínico-laboratorial às intervenções terapêuticas. Sob essa ótica, além da eficácia e da segurança das medicações a avaliação da qualidade de vida foi adicionada como outra dimensão a ser pesquisada.

O fato da asma ser uma doença crônica cujo descontrole gera internações hospitalares, procura por serviços de emergência e retorno ao

ambulatório antes do agendamento, transmite impacto negativo na vida social e econômica dos pacientes, piorando-lhes a qualidade de vida. Nesse panorama, o consenso do manejo da asma (SBPT, 2002) reconhece que cabe à enfermeira a realização da pré e pós-consulta porque a experiência tem demonstrado que o paciente fica mais à vontade com esse profissional para expor dúvidas e temores em relação ao tratamento, e por ela ser capaz de estabelecer comunicação franca e direta com os pacientes, o que é fundamental para o êxito dos programas educativos. Além desse fato é oportuno ressaltar que a lei do exercício profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelece ao Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a participação na educação visando a melhoria da saúde da população e determina que a consulta de enfermagem seja atividade privativa do Enfermeiro (COREN, 2001).

Assim, quando na prática há a carência de abordagens educativas que redundam em reversão da morbidade em asma e, mais que isto, elevação da qualidade de vida como bem-estar mesmo em sujeitos vulnerabilizados pelas situações asmáticas, controle da doença e o reconhecimento de que o paciente fica mais à vontade com a (o) enfermeira (o) para expor suas dificuldades, isto requer revisão nos estudos de educação em saúde e nas suas propriedades em influenciar novos comportamentos e manifestações de cuidado nessas pessoas. Neste raciocínio, justifica-se esta pesquisa na busca de verificar os efeitos na qualidade de vida e a relação com o no controle da doença, tendo como eixo condutor a intervenção educativa individualizada focalizada na mudança de comportamento dos pacientes, com possibilidade para o desenvolvimento de autonomia e responsabilidade ao asmático enquanto cidadão capaz de aprender a auto cuidar-se.

É importante ressaltar que a análise dos educadores e de indivíduos portadores de asma, realizada por Becker (1996), verificou que a educação não é algo fixo, que serve para todos; ao contrário, as técnicas educativas precisam ser adaptadas às necessidades individuais. A educação requer, por si só, ser vista como um processo dialógico e interativo e não como um monólogo do educador.

Por isso, o processo educativo neste estudo privilegiou as características da concepção educativa que pressupõe distanciamento do caráter vertical, doutrinário, opressor, em que o ser humano/paciente é considerado o objeto depositário do cuidado e do conhecimento e tem desconsiderada a sua subjetividade e a sua singularidade. Para tanto, os dois atores: sujeito/sujeito devem estar num mesmo patamar comprometidos com o processo educativo, enquanto instrumento de transformação e por isso ter valorizada a subjetividade, a criatividade, os valores, os princípios, as crenças entre outros. Somente assim é possível o ato educativo emancipatório que envolve sujeito/sujeito em relações de compromisso com a qualidade de vida e com o controle da doença crônica.

Hoje, exercendo atividades profissionais como enfermeira pesquisadora, no Núcleo de Pesquisa em Asma e Inflamação de Vias Aéreas (NUPAIVA), sediado no HU/UFSC, tenho observado em muitos dos indivíduos portadores de asma: o desconhecimento sobre a doença e os desencadeantes das crises; a incompreensão sobre a função e uso dos medicamentos; a resistência ao tratamento que tem o objetivo de manter a doença sob controle; a dificuldade de detectar precocemente os sinais de exacerbação da doença, entre outros. Assim, passei a refletir sobre o viver e o conviver, destes indivíduos, com a doença e como poderia compartilhar com os mesmos, no enfrentamento desta condição de desequilíbrio, no processo saúde-doença, para que, apesar da asma, pudessem viver com boa qualidade de vida e controle da doença.

De acordo com Briceño – Leon (1996) não há cuidado que dispense a dimensão educativa quando se está exercendo trabalho de compromisso com o outro e, sobretudo, quando já há convencimento de que só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias, é possível agir de forma mais eficiente e mais continuada na saúde, e ainda afirmar que ninguém pode cuidar da saúde do outro, se este não quer fazê-lo por si mesmo.

Acredito que a partir de uma intervenção educativa individualizada, as respostas ficam possibilitadas a medida que a autonomia e mais referências fazem parte do “bem viver” da pessoa com asma, reforçando a argumentação de que há distinta diferença ao instalar-se a qualidade de vida e o controle da

doença. Ou seja, durante toda a abordagem específica focaliza a mudança de comportamento a partir da intervenção educativa individualizada.

A questão de buscar esta verdade anunciada na diferença apresentada pelo paciente asmático, após mudança de comportamento, levada a efeito por suporte educacional dirigido a essa dimensão, é plausível à medida que cobrirá de benefícios no controle dos sinais e sintomas de asma, na limitação das atividades, na interferência emocional e no estímulo ambiental como possibilidade de controle do bem-estar pelos próprios asmáticos. As relações entre as situações asmáticas apresentadas antes e depois da abordagem educativa individualizada convergente à mudança de comportamento, trarão clareza à tipificação da referência que pode vir a fazer a diferença entre as abordagens educativas genéricas e, por isso mesmo, relevantes para o conhecimento na área da saúde e especificamente na enfermagem.

O desconhecimento de como apreender a se cuidar em determinadas situações de saúde faz com que se perpetuem os agravamentos, a não prevenção, o alijamento da instância de promoção da saúde e, mais que isto, fomenta a não participação comunitária e a não inclusão de pacientes nas decisões de suas vidas – o que, de maneira ampla, repercute na exclusão da sua expressão como sujeito do próprio processo do cuidado.

Ademais, justifica-se o estudo não só pela qualidade de constituição da abordagem educativa individualizada dirigida ao asmático, mas também pela qualidade política de desenvolvimento de autonomia e responsabilidade ao asmático enquanto um cidadão ou cidadã capaz de aprender a auto cuidar-se e/ou saber utilizar de recursos externos a si mesmo, em situações de crise que parecem incontroláveis. Assim, a busca de conhecimento aqui desenhado, imbrica-se na questão de natureza humana de extrema praticidade que poderá contribuir com subsídios para a implementação de ações que venham aperfeiçoar a assistência oferecida a esses pacientes, em nosso meio.

Uma revisão sistemática sobre programas de educação em asma realizada pela *Cochrane Lybrary* (2001) reuniu cinquenta e oito estudos que tratavam de programas de educação aplicados em adultos portadores de asma. Destes, 29 estudos foram incluídos na análise final, sendo 25 ensaios

clínicos controlados e randomizados, o que assegura o bom nível de evidência científica. Ao final da revisão, quatro mil, trezentos e oitenta e dois pacientes foram randomizados e dois mil oitocentos e cinquenta e seis pacientes completaram o estudo, possibilitando concluir que a intervenção educacional permite melhor controle da asma, diminui o número de hospitalizações, de idas ao pronto socorro e de idas não agendadas ao ambulatório, além de reduzir o absenteísmo ao trabalho e à escola e os episódios de asma noturna (sintomas noturnos). Estes efeitos foram suficientemente grandes para alcançar significância estatística com a metanálise (para hospitalização e visitas ao pronto socorro) e clínica em trabalhos isolados (visitas ambulatoriais, absenteísmo e asma noturna) (FERNANDES, 2004).

Assim posicionada e tendo explorado as fontes de conhecimento constitutivas dessa dimensão educativa no interior das ações de assistência às pessoas que convivem com a asma, passo a voltar o meu olhar à seguinte questão de pesquisa: **Qual é o efeito da intervenção educativa individualizada na qualidade de vida e na relação com o controle da doença em pacientes portadores de asma persistente?**

Desta forma, defendo a tese de que os pacientes portadores de asma persistente submetidos à intervenção educativa individualizada melhoram sua qualidade de vida.

Para responder a questão central do presente trabalho, delimitou-se os seguintes objetivos específicos:

- Verificar o efeito da intervenção educativa individualizada na qualidade de vida de pacientes com asma persistente;
- Verificar a relação da intervenção educativa individualizada no controle da asma persistente;
- Desenvolver módulos de aprendizagem sobre o controle da asma para a intervenção educativa individualizada.

Variáveis do estudo:

I – Variável Independente: Educação em saúde;

II – Variáveis Dependentes: Qualidade de Vida e Controle da Doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A abordagem educativa como um aspecto da atenção à saúde do paciente asmático

Pensar a abordagem educativa como um aspecto da atenção à saúde do paciente asmático constituiu-se de tarefa instigante tão logo foi possível verificar que os consensos, sobre educação e manejo da asma, mostram-se unânimes em afirmar que a educação é um aspecto fundamental para o sucesso do tratamento desta condição crônica de saúde.

Ao realizar a revisão de literatura, foi possível constatar que durante a última década, além dos consensos em asma, diversos estudos¹ abordaram a importância do conhecimento sobre a doença, a aquisição de habilidades no uso dos medicamentos e também revisaram e avaliaram a questão educativa destinada aos pacientes asmáticos e muitas hipóteses puderam ser testadas, de modo que é possível afirmar que a educação é um dos aspectos fundamentais para o sucesso do tratamento e tem impacto positivo na mudança de comportamento do paciente.

O I Consenso Brasileiro de Educação em Asma (SBPT, 1996) divide as causas do não-êxito do tratamento da asma em causas ligadas ao paciente, ao médico e a estrutura do sistema de saúde. Na primeira, cita a não adesão ao tratamento medicamentoso por suspensão no caso de efeitos indesejáveis, interrupção na ausência de sintomas, uso incorreto da medicação inalatória e complexidade dos esquemas terapêuticos; exposição constante a fatores desencadeantes; não reconhecimento da piora dos sintomas e desconhecimento do que fazer frente a esta situação; e, persistência da atividade da doença, mesmo com o tratamento medicamentoso adequado. Nas causas de não-êxito do tratamento ligado ao médico estão relacionadas à má identificação dos sintomas e agentes desencadeantes através do uso de perguntas genéricas e não específicas; indicação inadequada de broncodilatadores e falta de treinamento para as técnicas inalatórias; não

prescrição de medicamento antiinflamatório; diversidade nas formas de tratamento e ausência de tratamento individualizado; e, desconhecimento do consenso no manejo da asma. Por fim, aponta a falta de distribuição de medicamentos, de vínculo entre a estrutura e entre paciente/médico e a não-implantação de um plano nacional de educação, como causas do não-êxito do tratamento ligadas ao sistema de saúde.

De acordo com Fernandes (2004) a complexa planilha de custos relacionados à asma, avaliando custos diretos com base na utilização de serviços de saúde e uso de medicamentos, custos indiretos associados a perdas de dias de escola e trabalho, e custos intangíveis, como por exemplo: diminuição da produtividade e prejuízo da qualidade de vida é considerada alta e se constitui num dos fatores limitantes para a implementação de um plano abrangente e efetivo para o tratamento da asma.

Assim, o consenso (SBPT, 1996) admite a importância da implantação de um programa de educação em asma que teria como objetivos: informar a população sobre asma, educar profissionais ligados à saúde, com a intenção de padronizar condutas e uniformizar técnicas e a informação à população de asmáticos para o reconhecimento dos sintomas, dos fatores desencadeantes, possibilitando tratamento adequado e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. E também poderia contribuir, a nosso juízo, para a redução dos custos envolvidos na atenção à saúde de asmáticos.

Diante do exposto, a ênfase recai sobre a importância de um programa de educação em asma, dividido em três modalidades: primeira, aberto à comunidade, no sentido de divulgar conhecimentos e desfazer preconceitos; segunda, voltado aos profissionais de saúde, com a finalidade de padronizar condutas e uniformizar técnicas, habilitando o médico para a elaboração de plano de ação para o asmático, referente ao auto-manejo da doença (não auto-tratamento) e, por último, dirigida aos pacientes asmáticos, visando tratamento adequado e melhor controle da sua doença. (SBPT, 1996).

Adverte o consenso (SBPT, 1996) para a adequação do plano em nível

¹ Evans (1996); Barley (1996); Oliveira et al (1997); De Oliveira et al (1999); Cote et al (2001); Nascentes et al (2004); Patines et al (2004); Cerci Neto et al (2004); Moreira et al (2004a e 2004b); Fiks et al (2004); Azevedo e Costa (2004).

sócio-econômico da população-alvo e estabelece como metas: prover informação básica sobre fisiopatologia da asma, lidar com medos e outros sentimentos acerca da doença, reduzir a exposição aos fatores desencadeantes, fazer uso da medicação e conhecer efeitos adversos, reconhecer precocemente os sintomas da asma e iniciar plano de ação proposto para os períodos de exacerbação (permanecendo calmo, evitando o pânico e reconhecendo a necessidade de procurar o serviço de emergência), restabelecer atividades físicas e sociais, minimizar perda de dias na escola e no trabalho e comunicar-se efetivamente com médicos e outros integrantes da equipe de saúde.

Feitas estas considerações iniciais, o consenso de 1995 (SBPT, 1996) apresenta a organização de um programa de educação para asmáticos, subdividindo-o em: educação da equipe de atendimento em relação as suas funções profissionais e padronização do atendimento ambulatorial. Ao tratar da educação da equipe de atendimento e suas funções profissionais, apresenta o modelo de atendimento, a padronização de condutas e a uniformização de técnicas e, por fim inclui as reuniões periódicas como possibilidade de sanear problemas e rediscutir normas estabelecidas.

Posteriormente, ao tratar da padronização do atendimento ambulatorial, o consenso (SBPT, 1996) tem como principais etapas: a avaliação inicial com determinação subjetiva e objetiva da obstrução brônquica, utilização da ficha de atendimento clínico para classificar o grau de expressão da doença, elaboração e aplicação de questionário sobre qualidade de vida, no início e no fim do programa, para avaliar o impacto deste programa na expressão da doença, intensidade e freqüência das exacerbações e, por fim, a elaboração de um programa educativo com aulas, palestras, grupos de discussão, integrado ao atendimento médico, incluindo temas necessários ao controle da doença.

De acordo com àquele Consenso para a aplicação do plano de educação, a consulta é realizada pelo médico. Enquanto a pré e pós-consultas serão realizadas pela (o) enfermeira (o). Na pré-consulta o paciente é avaliado globalmente, com a finalidade de medir, subjetiva e objetivamente, a obstrução brônquica no dia da consulta, através de resposta a escala de avaliação

subjetiva do desconforto respiratório e da realização de teste de função pulmonar ou medida de pico de fluxo expiratório (PFE), antes e após o uso do broncodilatador. Este momento pode ser utilizado como finalidade educativa: alertar o paciente para atenção na sensação de falta de ar e graduá-la em termos de limitação que o sintoma impõe, e também realizar a avaliação da técnica para o uso do broncodilatador (durante a administração do mesmo para a realização da prova de função pulmonar).

Nas consultas médicas são pesquisados elementos para formalizar o diagnóstico. Subjetivamente, são coletados dados que, associados aos resultados da espirometria e tratamento medicamentoso, classificam a intensidade da asma em: leve, moderada e grave. Também são investigados fatores desencadeantes das doenças que agravam o quadro de asma e antecedentes familiares. A prescrição médica - adverte o consenso - deve ser clara e detalhada, e a comunicação médico/paciente aberta, a fim de que ambos elaborem um plano de tratamento adequado. O incentivo para que pacientes e familiares participem ativamente do tratamento deve ser reforçado. O plano de ação é adaptado a cada paciente, e orienta-o sobre alterações medicamentosas. Tudo deve ser muito claro a ponto de o paciente saber até onde pode conduzir-se por si próprio. O esquema denominado de zona verde, amarela e vermelha é uma forma didática para orientar o paciente no plano. Essa classificação observa: sintomas, uso do broncodilatador, tolerância às atividades físicas, sono e medidas de pico de fluxo expiratório (SBPT, 1996).

E, por último, a pós-consulta, realizada pela enfermeira é de caráter individual com orientações pertinentes à cada paciente. Devem ser revistos: condições do ambiente domiciliar, escolar e do trabalho (identificação dos fatores desencadeantes, crises e orientações relacionadas à higiene ambiental e pessoal), orientação sobre o uso dos medicamentos (horário adequado à rotina do paciente e técnica de administração dos aerossóis) e explicação do plano de ação elaborado na consulta médica (SBPT, 1996).

No II Consenso Brasileiro do Manejo da Asma (SBPT, 1998), um dos capítulos trata da educação, acompanhamento e planos de ação. Afirma que a educação pode ser trabalhada por vários profissionais e constata a necessidade urgente do profissional enfermeiro no manejo da asma.

Reconhece a necessidade de consultas mais longas, especialmente na primeira visita, e que sejam programadas. Nos casos em que na primeira consulta o paciente esteja em crise de asma a extensa avaliação e o verdadeiro tratamento deve ser postergado, pois a prioridade é tratar a crise. Nas consultas iniciais deve-se verificar os objetivos do controle da doença e depois trabalhar as habilidades crescentes e capacidade de auto manejo da doença. Enquanto doença crônica a asma pode ser controlada em parceria com o profissional/paciente e familiar. Em conjunto com a terapêutica farmacológica a educação é um dos pilares do tratamento da asma e pode controlar a doença possibilitando a vida normal dos pacientes.

De acordo com o consenso supracitado, os objetivos dos programas educativos incluem: conhecimento sobre a doença e tratamento, habilidade no uso dos dispositivos para inalar a medicação, melhora do estado clínico e diminuição do número de crises, por isso resulta em menor morbidade. A importância da comunicação aberta é destacada como necessária para o estabelecimento de parceria entre os profissionais e o paciente e deve possibilitar-lhe compreensão básica dos mecanismos da asma e objetivos do tratamento e por isso a discussão sobre o processo inflamatório, a broncoconstrição. Também, o uso de medicamentos antiinflamatórios no controle da inflamação crônica e o uso de broncodilatadores para o alívio dos sintomas ajudam no alívio da broncoconstrição, o uso correto dos nebulímetros pressurizados e espaçadores, a medida precoce dos sinais e sintomas de exacerbação e ações imediatas que podem contribuir para corrigir ou minimizar as crises são igualmente importantes e devem ser compreendidas. Os programas educacionais podem ser desenvolvidos em grupo ou individualmente.

Convém destacar que, de acordo com o II Consenso (SBPT, 1998), a intervenção educativa vai além do conhecimento sobre o manejo de técnicas e envolve a mudança de comportamento e por isso a expressão dos receios e preocupações sobre a asma e seu tratamento, por parte do paciente, adquire aspecto relevante do esforço educacional. A adesão ao tratamento é fortemente influenciada pela comunicação efetiva entre profissional/paciente, especialmente quando crenças e preocupações com a asma são amplamente

discutidas. O impacto do esforço educacional pode demorar meses para tornar-se evidente. Revisões periódicas dos aspectos educacionais são necessárias porque o comportamento do auto-manejo da doença declina com o passar do tempo. Para ajudar a manter a parceria educacional, o profissional deve questionar o paciente sobre preocupações em relação a doença, questões que gostaria de discutir e a utilidade do plano de ação. Estes questionamentos demonstram envolvimento e preocupação por parte do profissional e predispõem a aceitação de mais educação. Material escrito de modo simples, breve e claro que revise ações educativas e reforce habilidades, contribui com os esforços educacionais do profissional.

No III Consenso Brasileiro do Manejo da Asma (SBPT, 2002), um dos capítulos é destinado à educação e denominado: *Educação e Asma*. Inicialmente, os escritos afirmam que a educação é fundamental para o sucesso do controle de asma, tendo impacto positivo na mudança ativa de comportamento frente à doença. Apresenta como níveis de educação em asma: educar profissionais ligados à saúde (diagnóstico precoce, adesão e terapêutica adequada) considerando a necessidade de atualização e aplicação de consensos; educar asmáticos, ressaltando que o uso de informativos, oral e escrito, aumenta a percepção sintomas, mas não melhoram os indicadores de asma. Já a educação estruturada do paciente, a monitoração da doença, a revisão médica e o plano de ação escrito, diminuem o número de hospitalizações, de idas à emergência, de idas não-agendadas ao ambulatório, além de contribuir para diminuir o absenteísmo.

Aponta como metas do programa de educação: explicar a cronicidade da asma e o reconhecimento dos sintomas a partir da identificação de fatores agravantes e orientação de como evitá-los, do uso de medicamentos apropriados e com técnica adequada, além da execução do plano de ação. Refere-se a este último como o ponto central do tratamento, devendo ser individualizado e elaborado em parceria com o paciente, permitindo a monitoração dos sintomas da asma e a medida do Pico de Fluxo Expiratório (PFE), a especificação do tratamento de manutenção, o reconhecimento dos sinais e sintomas precoces de exacerbação da asma, a proposta de alteração

do esquema terapêutico de tratamento domiciliar das crises leves e indicações claras de quando procurar um serviço de emergência (SBPT, 2002).

As diretrizes brasileiras para o manejo da asma, de acordo com a SBPT (2006), reafirmam que a educação é um dos pilares fundamentais no tratamento da asma, por auxiliar o paciente e os familiares na aquisição de motivação e habilidades que podem cooperar para o impacto positivo na modificação de comportamento frente a doença e alteração da qualidade de vida. A educação deve contemplar a população em geral, os profissionais de saúde, os asmáticos, os familiares e os cuidadores. Os programas educativos podem ser informativos ou estruturados. O primeiro dispõe de conteúdos mínimos, com informações oral ou escrita, enquanto o segundo realiza informação educativas de forma escrita, verbal, visual, auditiva, com linguagem compreensível e adequada à população alvo, além de monitorar PFE e utilizar do plano de ação individual elaborado em conjunto com o paciente, o que lhe confere maiores resultados.

Assim, é consonante nos consensos que a educação ao asmático é fundamental para o sucesso do controle da asma, e tem impacto positivo na mudança de comportamento frente à doença e na qualidade de vida do indivíduo com asma. Durante a última década diversos autores: Evans (1996), Caves (1996), Boutin (1996), Kamps e Brandt (2001), Bettencourt (2002), Nascentes et al (2004), Patines (2004) e Marques e Cerci Neto (2004) vêm comprovando a importância de programas destinados à educação dos pacientes asmáticos através de pesquisas na área.

2.2 A abordagem educativa e o impacto na qualidade de vida e no controle da doença

Na tentativa de conceituar qualidade de vida, Ostenfeld (1994) analisa o pensamento aristotélico a partir da afirmação de que há algum bem para o qual todas as ações convergem. Este bem é denominado de bem supremo. O bem da comunidade é considerado maior que o bem individual. A vida boa é aquela vivida de acordo com as mais altas virtudes. Felicidade é uma ação da alma – um bem mental – e implica em estar bem, a partir de

virtudes, prazeres e bens externos. Assim, felicidade é para Aristóteles o bem maior. Seu pensamento é relevante para o debate sobre o conceito de qualidade de vida que busca medir objetiva e subjetivamente todas as coisas.

Ao comentar essa análise, Nordenfelt (1994) afirma que vida perfeita é aquela consonante com as mais altas virtudes, sem espaço para escolha pessoal. Não importa quem faz a avaliação, a hierarquia é semelhante para todos. Atualmente é possível afirmar que existem simultâneas visões que se aproximam e se afastam do pensamento de Aristóteles. No último caso, não há hierarquia de valores: estes são escolhidos pelos indivíduos e assim a avaliação da qualidade de vida depende do indivíduo que a realiza.

Atualmente, o conceito de qualidade de vida vem adquirindo relevância e têm sido amplamente discutido. As influências das doenças crônicas têm contribuído com a ampliação do conceito de tratamento e a busca por qualidade de vida, que tem ocupado importante espaço junto a intervenções terapêuticas tradicionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a expressão qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, 2000). Conforme Demo (1996) a qualidade de vida é aptidão individual em direcionar a vida para as conquistas positivas.

Seidl e Zannon (2004) afirmam que, no Brasil, vem crescendo o interesse pelo tema qualidade de vida na área da saúde. Referem-se, ao fazer esta declaração, ao estudo de Cicomelli et al que disponibilizaram um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, que permitiu evidenciar o uso de medidas gerais para investigar o impacto da doença crônica sobre a vida dos indivíduos acometidos por asma.

A importância atribuída à dimensão educativa no cuidar em saúde tem sido interpretada como irrefutável e nos últimos anos a preocupação com a qualidade de vida, dos usuários dos serviços de saúde, tem crescido significativamente. Exemplo disto é o aumento dos estudos que se propõem a avaliar o impacto das políticas de saúde implementadas e o efeito na qualidade de vida dos indivíduos, através da utilização de variáveis subjetivas e objetivas

que procuram quantificar as percepções dos pacientes em relação ao seu bem estar e à sua qualidade de vida.

Ao apresentar o termo qualidade de vida com base no enfoque abrangente das questões teórico-metodológicas, que caracterizaram a aplicação do conceito na área da saúde, Seidl e Zannon (2004) referem que é possível concluir que a qualidade de vida parece consolidar-se como uma variável importante na produção de conhecimento na área da saúde e, apesar das controvérsias existentes sobre estratégias de mensuração, os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade.

De acordo com Pizzol (2000), nas últimas décadas os pesquisadores passaram a reconhecer que as medidas usadas para determinar a melhoria na qualidade de vida dos pacientes asmáticos, a partir da abordagem terapêutica, não eram suficientes. Desta forma, a avaliação do estado de saúde dos indivíduos passou a considerar, também, os relatos de experiências de suas vidas. Assim, o termo qualidade de vida pode ser medido através da utilização de instrumentos que quantificam os efeitos da doença no viver do indivíduo. A qualidade de vida relacionada a saúde para Malo et al (1993), de modo geral, fundamenta-se no bem estar do indivíduo a partir do impacto físico, psicológico e social.

Para Pizzol (2000) a importância atual de se verificar a qualidade de vida relacionada à saúde é bastante reconhecida e existem evidências de que os instrumentos utilizados para esta classificação apresentam medidas de confiabilidade. Os instrumentos de medida de qualidade de vida relacionados à saúde geralmente apresentam-se sob a forma de questionários. No que diz respeito a avaliação de doença pulmonar crônica, existem questionários desenvolvidos para asma em adultos (JUNIPER et al, 1992) e asma infantil (JUNIPER et al, 1997).

Na perspectiva de verificar a qualidade de vida e o controle da doença, programas de educação têm sido implementados e demonstrado a redução da morbidade da asma, a diminuição do número de idas às emergências e de hospitalizações, bem como a diminuição dos sintomas e melhoria da qualidade de vida dos pacientes asmáticos.

De Oliveira et al (1999) no estudo em que utilizaram uma intervenção educativa para populações de baixa renda realizado no Brasil, em que uma das finalidades era reforçar e destacar a importância do uso do corticosteroíde inalado comprovou que 95% dos pacientes incluídos no grupo educacional faziam uso da medicação ao final do estudo, fato não observado no grupo controle, tratado pela mesma equipe profissional. Além deste fato foi evidenciada a diminuição de admissões no hospital dos pacientes do grupo educacional. A redução da morbidade no grupo educacional pode ser devido a vários fatores tais como a aquisição do conhecimento, aceitação do tratamento, e especialmente mais atenção dispensada pela equipe médica. No grupo educacional, os pacientes mostraram melhoria significativa no conhecimento sobre o controle da asma: o uso apropriado do inalador e programação apropriada do tratamento é importante para conseguir o benefício dos medicamentos. Um aumento do PFE foi observado no grupo educacional, mas não no grupo de controle. A modificação na função pulmonar pode ser explicada pelo uso regular e contínuo da medicação de controle da doença.

De Oliveira et al (1999) avaliaram a eficácia de um programa de educação em asma desenvolvido no Brasil através de estudo longitudinal, prospectivo e randomizado, com a duração de seis meses. O grupo educacional recebeu instruções sobre o uso apropriado da medicação, treinamento sobre a técnica do uso de inaladores dosimetrados, formas de identificar e controlar as crises de asma e o reconhecimento dos sinais de exacerbação da doença. O grupo de controle foi submetido aos cuidados rotineiros sem receber instrução formal a respeito do controle da asma. Os grupos eram idênticos no que diz respeito aos parâmetros de função pulmonar e qualidade de vida no começo da pesquisa. No fim do estudo, o grupo educacional mostrou diferenças significativas quando comparado com o grupo de controle: redução de visitas ao pronto socorro ($p=0.03$); dos sintomas noturnos ($p=0.04$); na frequência dos sintomas ($p=0.04$). As melhorias foram observadas também nas habilidades com o uso dos dispositivos para a medicação ($p<0.001$) melhoria na qualidade de vida total ($p<0.02$), no conhecimento de como tratar das crises e de como controlar os fatores ambientais, ($p<0.05$) compreensão da diferença entre a medicação de resgate

e a medicação antiinflamatória ($p < 0.05$). Os autores concluem que o programa educacional contribuiu com a melhoria significativa na morbidade da asma e que a implantação de programas educacionais é possível para populações especiais quando estes programas são adaptados ao perfil sócio-econômico dos pacientes, com ganho significativo nos termos da redução dos sintomas e da função pulmonar e da qualidade de vida dos asmáticos.

Côté et al (2001) recrutaram pacientes com exacerbação da asma no serviço de emergência para um estudo sobre educação em asma. Os pacientes foram incluídos em três grupos: a) educação limitada (os pacientes foram orientados sobre a técnica do uso de inaladores e receberam um plano de ação do médico assistente), b) educação estruturada (além das orientações recebidas pelo grupo anterior foi enfatizada a autocapacidade de manejo das exacerbações da asma) e c) controle (receberam apenas o tratamento usual). Na linha de base, não havia nenhuma diferença entre grupos no que diz respeito a morbidade da asma, necessidade de medicação e função pulmonar. Após 12 meses de pesquisa somente o grupo que participou da intervenção estruturada mostrou melhoria significativa no conhecimento, melhoria da qualidade de vida e pico de fluxo expiratório. Nos últimos seis meses, o número de visitas médicas não programadas era significativamente mais baixo no grupo educação estruturada quando comparado com os grupos educação limitada e controle ($p = 0.03$). Os autores concluíram que a intervenção educativa estruturada, que enfatiza o autocontrole da asma, tem maior impacto quando comparada com a intervenção limitada ou tratamento convencional.

Kamps e Brandt (2001) afirmam que o monitoramento do PFE tem papel importante na avaliação da asma. Consideram que, para a participação efetiva no autocontrole, o paciente deve ser educado sobre os mecanismos e a fisiologia da doença, os princípios de tratamento, as técnicas corretas de inalação e sobre as atitudes a serem adotadas no aparecimento de sintomas agudos e/ou queda do PFE. O principal papel da medida do PFE é a sua eficácia no controle da doença pelo paciente, apesar de que no estudo citado a educação se mostrou mais eficaz que o monitoramento do PFE isoladamente.

No Brasil, um estudo longitudinal, prospectivo, com duração de seis meses, realizado no ambulatório de pneumologia da Universidade Federal de

São Paulo (UNIFESP) que desenvolveu programa de educação para pacientes asmáticos, realizado por Bettencourt (2002), com o objetivo de padronizar e aplicar modelo estruturado de pós-consulta com indivíduos asmáticos, discutiu com os participantes do estudo questões conceituais, fatores desencadeantes, formas e uso de apresentações terapêuticas na tentativa de acompanhar as mudanças no conhecimento da asma e na qualidade de vida. Vinte e seis pacientes asmáticos foram acompanhados e mostraram melhora significativa na identificação dos problemas relacionados ao manejo da doença, como também nos índices de qualidade de vida.

Silva et al (2002) realizou estudo para avaliar a efetividade de um curso para asmáticos, no qual eram dadas informações e conceitos sobre a doença dentro de uma rotina padronizada de atendimento. No período de um ano foram realizados 10 cursos para pacientes asmáticos com duração de 3h30min. Cada curso contava com um grupo diferente de pacientes. Um total de 69 asmáticos freqüentou o curso. Foram feitos contatos telefônicos posteriores com 45 deles mediante a utilização de questionário padronizado. Houve aumento significativo da freqüência de pacientes que sabiam diferenciar medicação antiinflamatória e broncodilatadora. Parte da amostra (31%) achava a “bombinha” perigosa antes do curso e 17% mantiveram essa opinião; 46% dos pacientes tinham medo de usar o corticóide nas crises e 29% mantiveram essa opinião. Os autores concluem que através de modelo único de intervenção único, estruturado e adaptado às necessidades específicas do paciente asmático é possível o partilhar de certos conceitos fundamentais sobre o tratamento da asma.

De acordo com Clark e Valério (2003), o controle de doenças respiratórias requer mudança significativa no comportamento dos envolvidos: pacientes, familiares, médicos, comunidade e sistema de saúde. O manejo adequado da asma pelos pacientes requer que eles aprendam o que funciona e o que não funciona frente às circunstâncias em que se encontram. Intervenções educativas podem ajudar o paciente a melhorar o autocontrole e obter melhoria da saúde, qualidade de vida e objetivos pessoais. As intervenções que obtêm sucesso são baseadas em princípios que tendem a explicar como o comportamento do paciente pode ter relação com sua saúde,

além da combinação com estratégias para prevenção e manejo das crises de asma e de fatores sociais e comportamentais associados com a doença.

Considerando que as doenças respiratórias são responsáveis por 16% das internações hospitalares, no município de Londrina – terceira maior cidade do sul do Brasil – Cerci Neto et al (2004) desenvolveram um programa com o objetivo de reduzir o número de internações hospitalares por esta causa. O programa teve duração de seis meses e consistiu de treinamento educativo de equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), seguido de busca ativa nas microáreas de sua abrangência. Os pacientes foram tratados com corticosteróide e fisioterapia respiratória, receberam visitas domiciliares que tinham por objetivo realizar o controle ambiental e participaram de reuniões educativas. No período de implantação do programa houve redução de 40,5% do número de internações hospitalares por asma quando comparados a média no período entre 2000 a 2002, e redução de custos que cobriu as despesas com a compra de corticosteróides e broncodilatadores inalados e ainda com superávit de 8 mil reais. Afirmam os autores, que a qualidade de vida e a participação dos pacientes no PSF aumentou, com a taxa de adesão de 45% após seis (6) meses de tratamento.

Do mesmo modo, Moreira et al (2004a) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de medir a variação na qualidade de vida dos pacientes que participaram do Programa de Educação em Asma para Adultos (PEAA). O referido programa incluiu acompanhamento ambulatorial e reuniões mensais de grupo que trabalhavam o manejo da asma. Foi observada melhoria significativa relacionada com os sintomas, a limitação de atividades, os fatores emocionais e a exposição aos estímulos ambientais, o que indica a melhoria da qualidade de vida dos pacientes possivelmente pela assimilação aos ensinamentos oriundos do programa.

A partir da consideração que, mesmo com os avanços no tratamento da asma, poucos pacientes alcançaram o controle ideal da doença, Fiks et al (2004) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o perfil destes pacientes quanto ao conhecimento sobre a doença, a percepção e o impacto na qualidade de vida. Os resultados da pesquisa evidenciaram que: a população estudada tem condições financeiras e escolaridade para enfrentar a asma; o

impacto na qualidade de vida é alto; o conhecimento sobre a doença é baixo; a falta de informação é fator preponderante quando comparada ao custo da medicação, no possível controle da doença.

O PEAA do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, de acordo com Moreira et al (2004b), tem o objetivo de educar asmáticos adultos em relação ao entendimento e manejo da doença, uso de medicações e controle dos sintomas. O paciente é submetido a anamnese e exame clínico, avaliação laboratorial, espirometria e PFE, raio-X de tórax e seios da face e responde ao questionário de conhecimentos e qualidade de vida. Participa de acompanhamento ambulatorial regular e encontros mensais quando recebe materiais didáticos e discute assuntos relacionados à asma. A avaliação da qualidade de vida pré e pós-programa mostrou melhora relacionada a sintomas, limitação de atividades, fatores emocionais e exposição a estímulos ambientais.

Partindo da afirmação de que o tratamento da asma não se restringe apenas ao uso de medicamento e que o manejo global do paciente é necessário para o controle efetivo da doença, Azevedo e Costa (2004) realizaram uma pesquisa que distribuiu de modo aleatório os pacientes em grupo educação e grupo controle. Foi comparado o atendimento usual do ambulatório (grupo controle) com o associado a intervenção educativa em parâmetros de qualidade de vida, função pulmonar, conhecimento da doença e gravidade da asma (grupo educação). Os pacientes desse último grupo participaram de um programa estruturado que constou de duas sessões, nas quais foram tratadas noções sobre conhecimento da doença, uso correto da medicação inalatória, fatores desencadeantes e profilaxia ambiental, reconhecimento de sinais de descontrole da asma e diferenças entre as medicações preventivas e de alívio. Ao final da pesquisa, foi possível concluir que os parâmetros funcionais pulmonares não se modificaram, o número de internações diminuiu em ambos os grupos, tendo significância estatística mais relevante no grupo educação. As idas à emergência diminuíram nos dois grupos com resultados estatísticos significantes. A frequência dos sintomas mostrou resultados significantes em ambos os grupos: controle ($p=0,0005$) e educação ($p<0,0001$). A qualidade de vida melhorou em ambos os grupos,

porém no grupo educação houve diferença estatística significativa com $p=0,005$. O conhecimento sobre a doença mostrou resposta positiva em ambos os grupos, porém com maior significância no grupo educação.

Para Evans (1996), além do tratamento farmacológico adequado, é importante que o paciente conheça a doença, os fatores desencadeantes e as formas de evitá-las, além da mudança comportamental no sentido de aquisição de habilidades para o manejo da doença.

Para Caves (1996) e Boutin (1996) a educação em asma é reconhecida como fator importante no desenvolvimento de capacidade, por parte do paciente, no controle da doença. No centro de educação em asma de Quebec, um ou mais profissionais de saúde realizaram a educação para pacientes e seus familiares e incluiu no treinamento: conhecimento clínico básico sobre a doença e o tratamento, estratégias e teorias educacionais, relacionamento profissional e paciente, habilidade para uso de dispositivos inalatórios e na medida de PFE, e promoção da autonomia do paciente num contexto de respeito mútuo. O centro de educação oferecia programas de treinamento para os profissionais de saúde envolvidos com tratamento dos pacientes asmáticos. O primeiro encontro tinha por objetivo melhorar o conhecimento, as habilidades e as atitudes dos envolvidos no tratamento da asma. No segundo encontro a finalidade era desenvolver estratégias e teorias educacionais para os que trabalhavam nos centros educacionais. Os autores concluíram que a colaboração interdisciplinar requer dinâmica e flexibilidade nas responsabilidades de cada profissional envolvido, enquanto os pré-requisitos para o sucesso da intervenção interdisciplinar são: comunicação, competência, confiança e suporte administrativo.

Um estudo transversal realizado por Nascentes et al (2004), com uma amostra da população que freqüentava o ambulatório de asma do HU/UFRJ, entre abril 2003 e abril 2004, teve por objetivo determinar os fatores de risco associados à procura do serviço de emergência. Após a caracterização sócio-demográfica, os pacientes foram submetidos à avaliação clínica funcional e, entre outras medicações, receberam broncodilatadores e corticosteróide inalado, e tiveram sua habilidade no uso dos dispositivos inalatórios aferida. Setenta e três por cento dos pacientes revelou ter baixa

escolaridade enquanto 30% dos participantes do estudo demonstraram fazer uso incorreto dos dispositivos inalatórios. Os pacientes que faziam uso incorreto dos dispositivos procuraram quatro vezes mais o serviço de emergência. Os autores concluíram que se deveria providenciar treinamento mais intenso, quanto ao uso destes dispositivos, nesta população desfavorecida, do ponto de vista educacional e econômico, uma vez que se contribuiria para o controle da asma e a diminuição de procura por serviço de emergência.

Patines et al (2004) analisaram as ações desenvolvidas e os resultados do processo educativo e preventivo para pacientes com asma realizado em um serviço de pronto atendimento no Centro de Saúde de Porto Alegre. O programa de educação e prevenção em asma iniciou em outubro/2002 e atende pacientes encaminhados por profissionais dos serviços de saúde da região, que são acolhidos em grupos de educação. O agendamento da primeira consulta é feito após realização de reunião com o grupo, quando são realizadas orientações médicas e de enfermagem com ênfase na definição de inflamação e na importância da inaloterapia. A medicação utilizada é fornecida pela Secretária Municipal de Saúde e constitui-se de broncodilatadores de curta duração, corticosteróide inalado e de aplicação nasal e eventualmente o de uso oral. Foram observadas diminuição nas internações hospitalares e sensível diminuição do número de pacientes com crise asmática, na sala de observação do pronto atendimento, após ingresso no programa educativo, o que mostra alcance dos objetivos relacionados a educação em asma.

Marques e Cerci Neto (2004) propõem a inclusão da consulta de enfermagem em serviço de suporte para doenças mais prevalentes na rede básica de saúde de Londrina-PR. Elaboraram inicialmente um novo fluxograma de atendimento e incluiu a consulta de enfermagem, na qual era realizado o exame físico, a análise da adaptação dos medicamentos e o uso correto de dispositivos inalatórios. As orientações eram reforçadas no período interconsultas e, na identificação de agravos da doença, os pacientes eram encaminhados à consulta médica. Com a implantação desta nova forma de atendimento houve diminuição dos retornos desnecessários para consultas

médicas e abertura de vagas para pacientes que necessitavam de atendimento. Os resultados mostraram que os pacientes conseguiam usar mais adequadamente as medicações após consulta de enfermagem, além da melhoria na interação médico-paciente-enfermeiro. Finalmente, os resultados do estudo apontaram para a necessidade de implantação de ações de enfermagem no serviço de atendimento à pacientes asmáticos.

Uma pesquisa realizada por Evans (1996) com o objetivo de medir o impacto da educação na mortalidade por asma, na procura por serviços de emergência e nos gastos com o tratamento da doença, revelou que a educação colaborou na diminuição por procura aos serviços de emergência e diminuição da mortalidade, o que demonstra benefícios econômicos e clínicos tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde. As estratégias de programas educacionais, de acordo com o autor, necessitam ter por objetivo o enfoque na mudança no comportamento do paciente e da intervenção clínica, simultaneamente.

Ponte et al (2004) avaliaram a utilização de recursos médicos e hospitalares em uma corte de pacientes com asma grave, antes e após a participação no Programa de Asma e Rinite Alérgica (ProAR) para verificar a frequência de atendimentos em emergência, internações, corticoterapia, absenteísmo na escola e trabalho no ano anterior a admissão no ProAR. Foram incluídos cento e trinta e um pacientes, dentre os quais 73% do sexo feminino e idade mediana de quarenta e seis anos. Durante o primeiro ano foi possível reduzir o número de idas à emergência, de ciclos anuais de corticosteróide oral, de internações hospitalares e dias ausentes na escola e no trabalho. Os resultados do estudo mostram que os pacientes apresentaram melhor controle da asma e menor utilização dos recursos de saúde após a participação do ProAR.

Costa et al (2002) avaliaram a efetividade de um curso de educação estruturado de curta duração (5 dias) para crianças asmáticas numa colônia de férias, aplicando questionários no início e no final sobre o conhecimento da doença e escalas para medir o desconforto respiratório e o bem estar. A técnica do uso de medicação inalatória foi avaliada e monitorada durante os dias do curso. Trinta e sete crianças (quinze do sexo feminino e vinte duas do

sexo masculino) foram incluídas no estudo. Houve aumento estatisticamente significativo em relação ao melhor reconhecimento dos fatores desencadeantes da asma e limitação física. Também foi observado melhora significativa na escala de percepção de dispnéia ao efetuar o exercício físico. Os autores concluíram que um programa de curta duração melhora o conhecimento e as habilidades no manejo da asma.

Diante da revisão de literatura é possível concluir que grande parte dos estudos evidencia a necessidade de inclusão da prática da educação em saúde junto ao paciente asmático. Mas também é possível observar que alguns estudos sobre questões da educação em saúde apresentam as limitações desta prática e entre eles destacamos: Sudre et al (1999), Stevens et al (2002), Jones et al (2000), Angelini et al (2004).

Sudre et al (1999) analisam artigos publicados entre 1979 e 1998 com o objetivo de descrever como eram estruturados os programas educacionais e avaliar as suas variações. Na oportunidade, foram avaliados, basicamente, as características do estudo, o país de publicação e os métodos educacionais (duração e intensidade). Concluíram que existe variação nos programas educativos não havendo consenso entre o que funciona e o que não funciona em termos de educação na asma. Sugeriram que os autores realizassem descrição mais sistemática em relação aos programas de educação em asma.

Jones et al (2000) apresentam de forma qualitativa a visão de médicos, enfermeiros e pacientes sobre um plano de autocontrole no tratamento da asma. Nenhum dos profissionais envolvidos no estudo apresentou-se entusiasmado com o plano de autocontrole e isso aconteceu por motivos diversos. As enfermeiras até concordam que o plano poderia ter importância, mas acham necessário associar com práticas educativas e de motivação. Os médicos pensam que os planos desencorajam o paciente a buscar o tratamento correto que necessita auxílio médico. Na visão dos pacientes é desnecessário um plano de autocontrole por escrito.

Stevens et al (2002) realizaram estudo prospectivo randomizado com grupo controle que tinha o objetivo de verificar os resultados da intervenção educativa para pais e crianças numa faixa etária entre dezoito meses e cinco

anos de idade, por um período de treze meses de acompanhamento. Participaram cento e uma crianças no grupo controle e noventa e nove, no grupo intervenção. Os participantes foram submetidos a duas sessões educativas de vinte minutos. A primeira com as crianças, quando foram realizadas explicações diversas e a segunda com os pais, para discussão das técnicas de administração da medicação nas crianças. Não houve diferença significativa, durante o período de doze meses que se seguiram a intervenção educativa, na redução da morbidade.

Angelini et al (2004) mostram a avaliação do impacto de um programa educativo no atendimento ambulatorial de asmáticos adultos, durante as visitas ao ambulatório, em intervalos de mais ou menos quatro meses em que de forma expositiva, no decurso de pré e pós-consulta, foram realizadas informações sobre fisiopatologia da asma, fatores desencadeantes, tratamento, e treinamento para uso da medicação. Para a avaliação dos resultados da adição do programa educativo foi realizada aplicação de questionário padronizado, na pré e pós-consulta, avaliação clínica do paciente, controle de idas ao serviço de emergência, uso de corticosteróide oral e limitação nas atividades diárias. Os resultados do estudo mostraram que o nível de conhecimento dos pacientes aumentou entre a primeira e a segunda visita diminuindo progressivamente. A avaliação clínica dos pacientes não mostrou alteração. Estes resultados levaram os autores a concluir que o programa educativo possibilitou apenas aquisição de conhecimentos imediatos sem repercussão no controle clínico da doença.

Apesar de alguns estudos apresentarem resultados não significativos para a questão da educação, como uma das formas na melhoria da qualidade de vida dos pacientes asmáticos, vale a pena considerar que quanto mais se fizer para promoção da saúde, mais chances se tem de preservar o processo de viver saudável de qualquer indivíduo que sofre a intercorrência de uma doença crônico-degenerativa.

2.3 Princípio educativo: tecnologia para o cuidado ao paciente asmático

A importância atribuída à dimensão educativa no cuidar em saúde tem sido interpretada como irrefutável dentre aqueles que atuam, profissionalmente, no campo da enfermagem. Contudo, os estudos ainda não têm sido suficientes, teoricamente, para elucidar a inserção “educação-cuidado”, com o aprofundamento requerido à tecnologia que expresse o conhecimento e a habilidade, que, sistematicamente se traduzem no saber-prático dentre as atividades assistenciais.

A construção desse conhecimento vem sendo objeto de reflexão e as proposições da educação em saúde têm orientado grande variedade de técnicas de abordagem educativas, simultaneamente ao cuidado de enfermagem desenvolvido individualmente e/ou em grupos. A educação em saúde, na área de saúde coletiva, adquire vitalidade porquanto se inscreve entre as práticas cotidianas do seu planejamento, caracterizando proposta de educação dirigida a grupos de usuários dos serviços de saúde, em determinadas comunidades. O desafio maior, em possibilidades estratégicas, parece residir na abordagem participativa, haja vista as implicações críticas à educação verticalizada, estereotipada, prescritiva, centrada na doença e focalizada apenas em reforços da terapêutica medicamentosa, com núcleo estrito no paradigma revelado pelo modelo biomédico, e sua natureza predominantemente objetiva, materializada e presa a evidências de revelar visibilidade.

Procurando, no presente, buscar construir alguns limites epistemológicos de tecnologia para o cuidado, recorro ao interesse de esclarecer tais limites na especificidade do princípio educativo, concentrando os esforços na experiência de estar cuidando de pessoas com situações de asma em cronicidade. Este afinamento, face aos sujeitos da pesquisa nesta experiência de cuidar, guarda em si a possibilidade do aprofundamento na dialogicidade intencionalmente marcada pelo princípio educativo e requer sensibilidade e partilhamento solidário que vai se esboçando no espaço das relações, aberto pela atividade da própria educação considerada o eixo pedagógico desejável quando se pretende lidar com o conhecimento emancipatório; em oposição ao paradigma, expresso no “conhecimento-regulação”, que orienta a educação reconhecidamente controladora,

prescritora, reguladora da vida e saúde dos pacientes – contrariando a sua participação com autonomia, desprezando o sentido emancipatório e a evolução à cidadania.

No processo deste estudo com enfoque na educação em saúde, e frente a estas considerações iniciais torna-se inevitável a escolha por determinados caminhos, sendo muitas vezes necessário romper com outros (descontinuar caminhos até então trilhados), além de ser indispensável a clareza das conseqüências de novas opções. Entre outras coisas, para a educação há que definir a visão e concepção de mundo, de homem e de saúde. Enfim, esta definição poderá mostrar, se compartilhamos de uma sociedade que prima pela igualdade, solidariedade e justiça social. A revelação paradigmática se faz, declaradamente ou não, mas nossas ações expressarão sempre nossa origem paradigmática.

É necessário modificar a visão a respeito do paciente que não reage, que parece estar sempre pronto a colaborar com as intervenções, para percebê-lo como cidadão, com direitos sociais. Nossas habilidades técnico-científicas parecem estar mais desenvolvidas em detrimento da habilidade do saber ouvir e do aproximar-se do outro, o que pode favorecer a relação terapêutica, abrindo espaço para a dimensão sensível do assistir. A compreensão da subjetividade do outro é o caminho para a compreensão do estético e do expressivo no cuidado, no entendimento de Teixeira (2000).

Nas sociedades ocidentais modernas, conforme Teixeira e Daher (1999), a educação em saúde, realizada até então, apoiava-se no modelo biomédico-mecanicista e na valorização da razão sobre o sensível, deixando escapar aspectos culturais, subjetivos e sociais que envolviam o processo saúde-doença. Esta concepção é histórica e tem por fundamento o movimento iluminista no séc. XVIII. Em pleno séc. XXI, os programas de assistência à saúde são centrados na doença, tendo como referência, quase que na sua totalidade, aspectos biomédicos. Neste modelo, o indivíduo muitas vezes é mantido alheio aos seus problemas de saúde, aos procedimentos e aos tratamentos que lhes são instituídos, os quais, na maioria das vezes, são decididos unilateralmente pelos profissionais de saúde. Ainda, no entender desses mesmos autores, os programas de educação em saúde têm deixado de

incluir conteúdos que trabalham com as emoções, a criatividade e as representações populares no cuidado. Estes programas não têm ultrapassado os modelos de assistência à saúde que absolutizam, substancializam e universalizam as concepções sobre saúde e doença, de modo mecanicista, unilateral e instrumental.

No entender de Teixeira (2000) a relação com o paciente envolve jogos de linguagem e uma multiplicidade de representações sociais, existindo tensão entre o saber técnico e científico, prescritivo, que objetiva produzir mudanças nos hábitos dos sujeitos, cujas representações expressam as suas vivências. Afirma ainda que esta relação não se sustenta verticalmente, pois o sujeito dribla o saber instrumental. Inicialmente, até pode seguir os moldes prescritivos, entretanto, à medida que o tempo passa, percebe-se que o mesmo reinterpreta o saber técnico-científico e busca outras formas de cuidado para consigo ou até resiste ao tratamento instituído, abandonando-o.

Quanto à superação de formas convencionalmente afeitas à educação conceituada como relação verticalizada, autoritária e desconhecadora de outros saberes e de pessoas pensantes, há a conjunção de muitos estudiosos, entre eles: Maciel et al (1999) quando exprimem que a educação vem passando por intensas mudanças, de modo a se perceber visão diferente dos paradigmas, tanto no relacionamento educador/educando, quanto no modo de transmitir o conhecimento. Também o enunciado de Freire (1999) nos remete à reflexão de que o homem é sujeito e não objeto de sua educação, pois ao ter consciência de ser inacabado, busca a sua perfeição. Por seu turno, Libâneo (1988), diante da concepção emancipatória, vê a educação como fator de humanização, pois prepara os indivíduos para reestruturarem a própria civilização tendo em vista o desenvolvimento humanitário.

Privilegiar características de concepções que façam surgir os sujeitos do processo de educação e saúde pressupõe que as relações profissional/paciente se distanciam do caráter vertical, doutrinário, opressor, quando o ser humano é considerado objeto depositário do cuidado e do conhecimento profissional que desconsidera sua subjetividade e singularidade. Isto é um caminho sem volta quando a ampliação democrática se faz presente.

Neste estudo, o processo educativo é inseparável da relação profissional/paciente. Assim, este processo deverá considerar os dois atores (sujeito usuário/sujeito profissional) como ativos e implicantes na relação de construção do conhecimento. E, neste caso, implicará, portanto numa relação dialógica com vistas à ampliação de conhecimentos e práticas que visem melhorar a qualidade de vida dos usuários. Deste modo, deve estar comprometida com a transformação, com os interesses populares, com a ampliação da cidadania, com a democratização, a partir dos micro-processos no espaço das relações do “cuidar-educando”.

Para a educação em saúde, que assume o compromisso do horizonte que possibilita a transformação, é necessário considerar a realidade da clientela, ou seja, a caótica condição de saúde da população brasileira, tanto na questão preventiva quanto na questão curativa. Além disso, reconhecer que os saberes concretos e socialmente significativos desta clientela devem ser considerados, não somente para que haja adequação das linguagens, mas, principalmente, pela interface de saberes, constituir a síntese de caráter embrionário de um novo conhecimento.

Trentini et al (2004) alertam os profissionais da saúde sobre a comunicação com os pacientes e o uso de linguagem acessível, principalmente quando se trata de orientações que têm a finalidade de prevenir complicações em doenças crônicas. A abordagem de cunho participativo e o uso de linguagem popular podem contribuir para a co-responsabilidade do paciente.

Para Colomé et al (1999), a tendência transformadora da educação não pode aceitar como único e verdadeiro o saber sistematizado oficialmente; portanto, não deve relutar em admitir a sabedoria originária do senso comum como ferramenta pedagógica, o que significa aliar o saber popular ao científico. Saliendam ainda que “o senso comum ou saber popular desenvolvem elementos de captação da realidade social e natural de forma assistemática, porém servindo de base para o surgimento de pesquisa metódica, da qual decorre o saber formal ou erudito” (COLOMÉ et al, 1999, p.170). Afirmam também ser ingênuo criar uma ruptura epistemológica entre estes dois saberes, que se complementam e juntos comprometem-se com as mudanças sociais.

Ao contrário dessa percepção, o embrião da episteme do “cuidar-educando” pode estar presente na convergência desses saberes. Há uma premissa que sustenta o próprio sentido da ciência; é que a ciência existe como tal por ter se apartado do senso comum. Logo, há algo que se constitui dialético, e Santos (2001) trata da questão do retorno do olhar e compõe a noção de sensocomunização.

Rizzotto (2002) destaca as conseqüências da dicotomia entre o saber científico e o saber popular, ou a carência de ambos em um dos interlocutores, o que acaba por provocar o distanciamento entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço, conseqüentemente tornando-se um impeditivo a mais no relacionamento e na humanização da assistência.

O saber popular, na visão de Teixeira (2000), não é inferior e não é superado pelo conhecimento da ciência, pois este saber popular atende à dimensão subjetiva do paciente em relação à vida e ao cuidado com o seu corpo; a imposição para assisti-lo gera violência simbólica, sobre as habilidades do outro, impossibilitando a relação de assistência genuína.

Por sua vez, no processo educativo, enquanto instrumento de transformação, sabe-se que é preciso valorizar a subjetividade, a criatividade, os valores, os princípios, as crenças, enfim toda a história de vida das pessoas. No momento em que novas concepções educativas surgem e reconhecem o ser humano em seu direito de conquista de plena cidadania, compreende-se com clareza o quanto às abordagens convencionais precisa ser superada, para dar lugar ao ato educativo e emancipatório que envolva sujeito/sujeito na relação de compromisso com a transformação.

Penna e Pinho (2002) sugerem que os profissionais repensem, em seu papel de educadores, os modos de conduzir o processo educativo, quando o compartilhar de saberes é possível e essencial; por isso, antes de qualquer atitude ou tomada de decisão, é preciso reconhecer que os seres humanos são únicos e constroem as suas histórias, conhecem a si mesmos e têm saberes que lhes são próprios. Advertem ainda, que é necessário transgredir a visão cartesiana de mundo ao estar junto ao paciente e buscar, resgatar o sentido verdadeiro do processo ensino-aprendizagem, onde todos aprendem e todos ensinam.

A educação, inclusive no cuidar, no entender de Zampieri (1999), desempenha papel importante na humanização do ser e na transformação pessoal e social daqueles que com ela se envolvem. Também, aponta a educação como processo histórico que acompanha a evolução da sociedade, pois é dinâmica e flexível, possibilitando ao ser humano o desenvolvimento de suas potencialidades, com a possibilidade do alcance de autonomia para as decisões sobre seus objetivos e ações. Em síntese, acredita a autora que a educação tem por base o conhecimento de si e das relações com os outros, mediante o compartilhar de conhecimentos e ações, onde a afetividade, o envolvimento, a comunicação, a alegria, a empatia são fatores essenciais para a iniciação e a manutenção do processo educativo.

Trabalhar questões educativas junto ao paciente com asma consiste na possibilidade de prepará-lo para o seu viver com qualidade de vida, apesar de sua condição crônica de saúde. Isto requer a sensibilidade necessária para a opção por educação libertadora, emancipatória, diferente da relação de dependência do profissional, instalada em muitas propostas de cuidar em saúde. Esta autonomia, apreendida no espaço das relações (e a intervenção educativa é uma delas), certamente levará o paciente a maximizar sua capacidade de saber distinguir e decidir como agir frente à sua vida e condição de saúde (o que caracteriza a aprendizagem), possibilitando o seu viver com mais qualidade de vida e controle da doença na condução de si próprio e suas circunstâncias.

Conforme Rezende (1988), não existem fórmulas para educar, mas é fundamental que o educador tenha sensibilidade, não tenha conceitos prontos ou respostas inevitáveis, seja vulnerável e tenha energia moral de partilhar solidariamente o conhecimento. Por sua vez, para Marcelino et al (1999), a aprendizagem não é o produto, mas o processo, que constrói conhecimentos formais, envolvendo dimensões biológicas, afetivas e sociais do ser humano, transformando sua forma de pensar e comportar-se.

Dessa forma, é possível distanciar-se do modelo mecanicista e construí-lo com compreensão, respeito, sensibilidade e solidariedade, dimensões estas que necessitam compor o processo educativo.

Ainda, no entender de Zagonel (2001), é importante detectar os sentimentos, interesses e comportamentos, a fim de delinear com segurança as ações de cuidado e aquelas que serão seguidas pelo próprio paciente e para isso o enfermeiro necessita despojar-se de conhecimento prévio, de suas pré-concepções a respeito de determinado problema detectado, para apreender o que na realidade envolve o paciente em especial e assim, de modo compartilhado, buscar a melhor forma de resolver a situação. O próprio paciente pode dirigir as suas ações, pois é sujeito de todo o ato implementado de forma sistematizada.

Através do desenho de pesquisa convergente-assistencial, com o objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem com o paciente portador de asma, e utilizando conceitos centrais da teoria do autocuidado, Monteiro et al (2002) concluíram ser pertinente e viável a aplicabilidade do processo de enfermagem à luz do referencial teórico possibilitando o engajamento do paciente no seu autocuidado; além de mostrar que o seu saber também revelou conhecimento pautado em questões culturais e históricas, revelando o seu cotidiano, ao lidar com as adversidades que se lhes apresentavam, na busca de um modo de viver mais saudável.

A concepção teórico-filosófica que o enfermeiro tem a respeito do profissional que cuida-educando, do paciente que se cuida educando-se, e o processo educativo na intencionalidade emancipatória serão os norteadores do rumo e da forma da condução pedagógica, no espaço das relações do cuidar em enfermagem, contexto este que envolve a educação aqui referida.

A educação, com o paciente portador de asma, tem na experiência o objeto deste estudo acadêmico. A educação emerge como forma de cuidar. Para este “cuidar-educando” ter consistência, a aprendizagem tem seu caráter intencional. Neste sentido, ressalto os 4 pilares da educação, conforme Delors et al (1998): 1. aprender a conhecer: instrumentos de compreensão; 2. aprender a fazer: agir sobre o meio envolvente; 3. aprender a viver junto com os outros: participar e cooperar com os outros em suas atividades humanas e 4. aprender a ser: via essencial que integra os três precedentes; vem agregar ao conceito de educação, a possibilidade de incorporá-los, porquanto fazem

consistência como eixo, ou princípio educativo, em sua inseparabilidade e expresso no “saber-fazer” do profissional.

Como podemos verificar, estas concepções caminham num lastro de oposição aos conceitos de educação que subalternizam ou oprimam de alguma forma os seres humanos. De acordo com o que os une, entendo que a educação é considerada como inerente ao cuidar de pessoas em condição de saúde implicada ou manifestações conseqüentes à asma. Vejo a chave do “cuidar-educando” como possibilidade de novo espaço das relações de cuidado.

Desse modo, o sistema educativo, o sistema de cuidar em saúde, o sistema político-social, os papéis e os modelos reservados ao “cuidar-educando” requerem explicitação, para o qual reúno algumas idéias centrais a partir de Delors et al (1998):

- os sistemas educativos formais são acusados de limitar a realização pessoal, impondo o mesmo modelo cultural e intelectual, sem levar em conta a diversidade de talentos individuais, com tendência a privilegiar o desenvolvimento do conhecimento abstrato em detrimento de outras qualidades humanas, como: a imaginação, a aptidão para comunicar, a dimensão espiritual e a habilidade manual. Justamente pela diversidade de opiniões nem todos tiram as mesmas vantagens de recursos educativos comuns.
- a política educativa deve ser suficientemente diversificada e concebida de modo a não se tornar fator suplementar de exclusão social.
- o desenvolvimento humano precisa ser levado em conta e um dos principais papéis reservados à educação consiste em dotar a humanidade desta capacidade de domínio. A educação contribui para o desenvolvimento humano, ao fornecer a todos, o mais cedo possível, o passaporte para a vida que leva os seres humanos a compreender melhor a si mesmos e aos outros e, assim, participar na obra coletiva e na vida em sociedade. A educação se destina ao ser humano enquanto fim último do seu próprio desenvolvimento e do desenvolvimento de toda a humanidade.

A arte de aplicar os conhecimentos, entendida como processo educativo, implica num trabalho que deve deliberadamente buscar a participação dos indivíduos para assim conseguir e poder apoiar as metas de produção de saúde. Para fazê-lo, é imperativo conhecer o ser humano e suas circunstâncias e procurar contar com ele para todas as ações de saúde. (BRICEÑO – LEON, 1996).

Desta forma, o compromisso com a educação em saúde não está apenas associado à melhoria dos serviços ofertados, mas na democratização do conhecimento, como idéia norteadora da filosofia sanitária no Brasil de hoje. Por isso, as bases da dimensão educativa, aspiradas na pesquisa, se apóiam teoricamente nas sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária de Briceño-Leon (1996) e são elas, em síntese:

I – Não há um que sabe e outro que não sabe, mas há duas pessoas que sabem coisas distintas.

II – A educação não é só o que se compartilha em programas educativos, mas o que ocorre em toda ação sanitária. O objetivo da educação nesta perspectiva não é cobrir o vazio da ignorância, e sim transformar os conhecimentos e condutas prévias do indivíduo. Por isso, é importante conhecer os saberes e as práticas prévias, pois identificam como se deve desenvolver o trabalho educativo. Trabalhar os saberes: quer em formas de idéias, de práticas ou de hábitos, são inerentes ao indivíduo, implicando numa ação crítica, mas, ao mesmo tempo, respeitosa e solidária.

III – A ignorância não é o vazio a ser preenchido, mas o conhecimento a ser transformado. O processo educativo não deve ser unidirecional, pois se os dois sabem, os dois devem dizer algo. O processo educativo é bidirecional e ambas as partes geram um compromisso transformador de seus próprios saberes. Quando um profissional assume o processo educativo com o indivíduo resulta que, no final deste, o indivíduo ou esse grupo de indivíduos se transforma, mas este profissional também muda. A educação é então o compromisso transformador dos saberes. O profissional, na condição de educador, pode motivar, mas se o próprio indivíduo

não quer mudar, não quer educar-se, não ocorrerá transformação de saberes. E é por isso a insistência na premissa inicial: se alguém não quer fazer algo por sua própria saúde, outro não pode fazê-lo por ele ou ela.

IV – A educação precisa ser dialógica e participativa. Se ambos sabem, o processo educativo é então o processo de diálogo entre saberes. O processo no qual está presente o compromisso com o escutar e o transformar. O processo de diálogo é um processo de participação e a educação deve ser participativa por si mesma; não é possível encenar ou induzir a participação sem que o processo mesmo seja participativo, deve haver participação do indivíduo em todos os momentos. Um programa dialogado e participativo em saúde implica que todos atuam de forma igualitária, ainda que com regras diferentes. Não é que um determina e o outro obedece, um desenha e o outro aplica. O processo participativo implica na confrontação de perspectivas e prioridades, tão legítimas e válidas tanto para o profissional como para o paciente. O que se há de buscar então é dialogar e mudar, é tentar confrontar os saberes, sem dominação e sem submissão.

V – A educação precisa reforçar a confiança da pessoa, em si mesma. A ação e as palavras do profissional devem difundir confiança para os indivíduos. Esta é um fator fundamental no êxito da ação. Se um indivíduo acredita que vai alcançar a meta, fará esforço especial para obtê-la, mas se, pelo contrário, não crê no seu potencial, não fará nada. As ações que realizamos todos os dias se fundamentam na expectativa de futuro. É esta previsão ou expectativa de resultado que leva o ser humano a se comportar de determinada maneira. Se a participação dos indivíduos em saúde é, como registrou a declaração da Alma-Ata, um dever e um direito, a meta da educação deve ser reforçar a confiança dos indivíduos em buscar e conseguir efetiva participação nos programas. Confiança em que cada indivíduo pode e deve fazer algo para manter sua saúde. Mas é possível que o desenho que se tem da

ação, autoritária ou paternalista, pode bem e pelo contrário desestimular e servir de obstáculo à participação.

VI – A educação precisa reforçar o modelo de construção do conhecimento: esforço – ganho. A ação educativa deve estar acompanhada de conquistas que se obtenham através de esforços. Conquistas obtidas a partir de metas que o indivíduo pode cumprir, metas direcionadoras que signifiquem estímulo à inteligência, que não sejam tão fáceis nem tão difíceis como para que possam induzir ao fracasso de antemão. Se o indivíduo trabalha, participa e obtém conquistas, se reforça assim sua idéia conectiva do esforço e da conquista. Aprende que o trabalho pode levar as conquistas e que sua ação pode levar-lhe a satisfação e saúde.

VII – A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. A política de estímulo à participação deve promover o interesse e o compromisso de cada indivíduo com as metas em saúde. Por isso, a educação deve promover o sentido de responsabilidade individual para o alcance de conquistas. A ação educativa aqui tem duplo propósito: fazer ênfase no indivíduo e em sua responsabilidade individual; fazer ênfase na relação que existe entre o que o indivíduo deve fazer e o que pode obter para seu próprio benefício.

Estas teses reforçam os princípios educativos de conscientização e participação de Paulo Freire, aumentando a autonomia do sujeito a partir do conhecimento de seu processo de viver e ser saudável.

Assim, o processo educativo, por seu caráter dinâmico se faz na aproximação entre paciente e enfermeiro no contexto da realidade de cada um, como estratégia tecnológica de cuidar, como forma para chegar extensivamente até à família e a comunidade, e como método para identificar problemas de saúde, estabelecer prioridades, buscar soluções e acompanhamento no processo saúde-doença.

Quando o princípio educativo é tomado como parte do cuidar, ele se instaura na perspectiva de coragem e responsabilidade; é assumido então, o desejo de trabalhar estas questões educativas, partilhando-as com o paciente.

Os aspectos educativos aqui expressos reafirmam a convicção de que não é possível proceder a qualquer ação em saúde sem que estes sejam desenvolvidos. O presente trabalho é a demonstração de que estes aspectos são fundamentais para contribuir na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Participantes

Pacientes portadores de asma brônquica, residentes em Florianópolis e na grande Florianópolis, atendidos no Ambulatório de Pneumologia, localizado no Hospital Universitário Professor Doutor Ernani Polydoro de São Thiago, Florianópolis, Santa Catarina (HU-UFSC), foram convidados, no período entre março a novembro de 2006, para participar do estudo. Aqueles com idade superior a 18 anos, alfabetizados, com sintomas de asma e não fumantes ou ex-fumantes por mais de um ano e com carga tabágica inferior a 10 maços/ano foram incluídos no estudo. O diagnóstico de asma foi objetivamente confirmado por uma espirometria mostrando volume fluxo expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) inferior a 80% do predito e razão VEF1/CVF (capacidade vital forçada) inferior a 0,8 associado ao aumento do VEF1 igual ou superior a 12% do valor inicial ou 200 ml(s), 15 minutos após a inalação de 200 microgramas de salbutamol. Pacientes com incapacidade de compreender os procedimentos do estudo, gestantes ou nutrízes, em uso contínuo de corticosteroíde ingerido ou portadores de outras doenças crônicas ou incapacitantes que pudessem interferir na avaliação da qualidade de vida e no controle da asma (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica, hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica) não foram incluídos no estudo.

3.2 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFSC, conforme Parecer número 122/05 e todos os pacientes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) antes de ingressarem no estudo, cujo conteúdo estava em conformidade com as exigências da resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 (CNS, 1996).

3.3 Local do Estudo

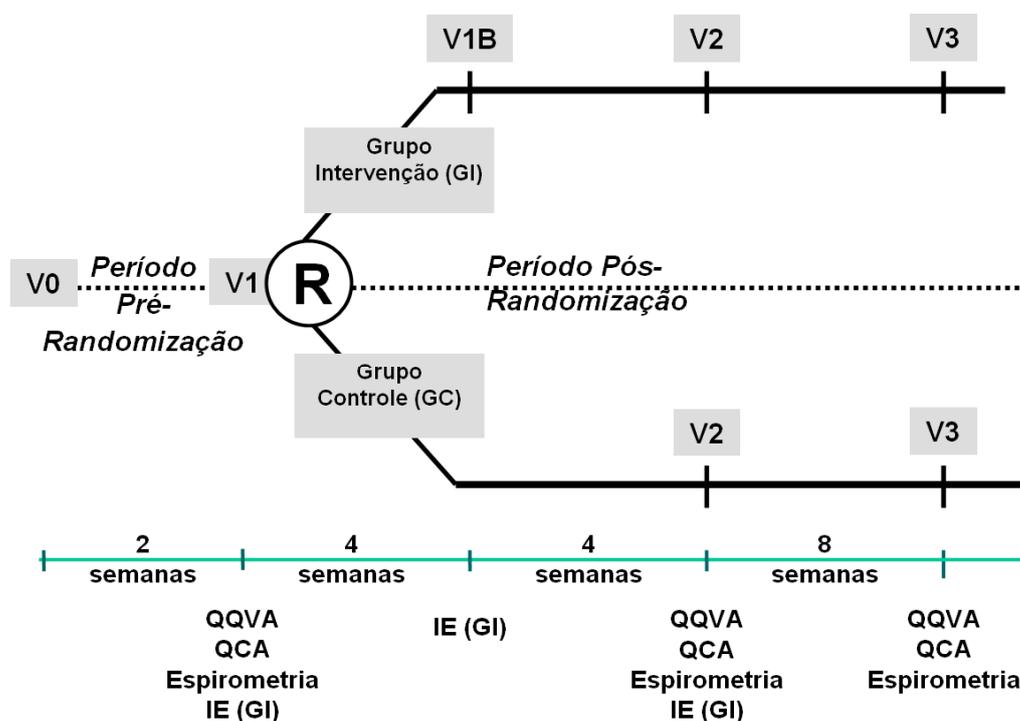
A pesquisa foi realizada no Núcleo de Pesquisa em Asma e Inflamação das Vias Aéreas (NUPAIVA), criado com o objetivo de estabelecer linhas de pesquisa multidisciplinares, com enfoque na inflamação das vias aéreas. Atualmente, exemplifica um programa de excelência em pesquisa, ensino e extensão. Localizado no Hospital Universitário da UFSC, o NUPAIVA está ligado ao Departamento de Clínica Médica mantendo-se comprometido com a pesquisa clínica das doenças inflamatórias das vias aéreas (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e tosse crônica), com o atendimento e educação de pacientes portadores destas condições e com o ensino da pesquisa clínica e da pneumologia baseada em evidências para alunos de graduação e pós-graduação. Dois importantes óbices para o crescimento da pesquisa e extensão, desde seu início em 1997, tem sido o espaço adequado e a pouca disponibilidade de pessoal técnico especializado.

O NUPAIVA conta, atualmente, com 04 médicos pneumologistas, 03 enfermeiras, 01 Bioquímica e 01 técnica de laboratório. Adicionalmente, alunos do Curso de Graduação em Medicina e Médicos Residentes da Clínica Médica e Pneumologia vêm desenvolvendo atividades, recebendo treinamento e assistindo as reuniões científicas elaboradas pelos profissionais do NUPAIVA e Serviço de Pneumologia.

3.4 Desenho do estudo

Trata-se de um ensaio clínico, semi-experimental, com duração de 18 semanas, intervencional, de delineamento longitudinal, randomizado, de grupos paralelos para avaliar as implicações na qualidade de vida e a relação como o controle da asma de duas abordagens: (1) atendimento ambulatorial padrão associado a intervenção educativa (Grupo Intervenção = GI) e, (2) atendimento ambulatorial padrão (Grupo Controle = GC). O estudo foi dividido em dois períodos seqüenciais distintos: período pré-randomização e período pós-randomização (Figura 1). O período pré-randomização, com duração de 2

semanas, teve por objetivo determinar se os participantes eram capazes de seguir as orientações, preencher adequadamente os diários e medir o Pico de Fluxo Expiratório (PFE). O período pós-randomização teve duração de 16 semanas. Os participantes do GI durante o período pós randomização, foram avaliados através de visitas com intervalos de 30 dias, entre as V1 e V2 e 60 dias entre a V2 e V3. Com exceção da V1B os participantes do GC foram avaliados no mesmo intervalo de tempo que o GI. Todas as visitas foram realizadas no mesmo período do dia com uma flexibilidade de ± 3 dias e ± 2 horas. As visitas foram monitoradas da seguinte forma: V0, V1, V1B, V2 e V3 (Figura 1).



Legenda: V= visita; R = randomização, QQVA = questionário de qualidade de vida em asma; QCA = questionário de controle da asma; IE = Intervenção Educativa.

Figura 1: Desenho do estudo.

Na V0 todos os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE A), responderam o questionário geral (APÊNDICE B), realizaram uma espirometria, receberam os diários de controle de asma (ANEXO A) e um dispositivo para a medida do PFE. Todos foram orientados como utilizar as

medicações prescritas, preencher os diários e medir o PFE. O preenchimento do diário permitiu ao pesquisador avaliar um dos critérios de elegibilidade do estudo: compreensão dos procedimentos.

Na V1 todos os participantes da pesquisa elegíveis para o estudo foram randomizados aleatoriamente para um dos grupos do estudo conforme uma tabela de números randômicos. Nesta visita cada paciente, do GI e do GC, fez uma e espirometria, preencheu o Questionário de Qualidade de Vida em Asma (QQVA) – Anexo B, e o Questionário de Controle da Asma (QCA) – Anexo C. Os integrantes do GI participaram da intervenção educativa (Módulo I – APÊNDICE C), receberam um folder com a síntese da intervenção (Folder I, APÊNDICE D). Na V1-B, 30 dias após a V1 foi realizada somente a intervenção educativa (Módulo II – APÊNDICE C), entrega do folder II (APÊNDICE E) para o GI e elaboraram juntamente com a pesquisadora um plano de ação, no cartão de tratamento da asma (APÊNDICE F) para o seu personalizado tratamento diante da asma. Nesta visita (V1B) os pacientes do GC não participaram.

Na V2, 30 e 60 dias após a V1, todos os participantes (GI e GC) realizaram uma espirometria, preencheram o QQVA e QCA. No GI também foi revisada a intervenção educativa. Na V3, 120 dias após a V1, todos os participantes realizaram espirometria e preencheram o QQVA e QCA.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Diário de Controle da Asma

Foi utilizado um instrumento auto-aplicável (ANEXO A) desenvolvido por Juniper et al (1999b) adaptado culturalmente e validado para a língua portuguesa falada no Brasil. O preenchimento do diário é dividido em duas partes: (1) diário matinal: despertares noturnos, sintomas matutinos e registro do PFE e (2) diário vespertino: limitação das atividades, presença de falta de ar e de chiado, número total de jatos/inalações de broncodilatadores usados no período diurno e as características da tosse. A tradução, validação e adaptação cultural do Diário de Controle da Asma foi realizada pelo Mapi

Research Institut em 2000, de acordo com as recomendações atuais para questionários médicos, para o português do Brasil por Marco Bosi Ferraz, Márcia e Emílio Pizzichini (ANEXO A).

3.5.2 Espirometria

A espirometria pré e pós broncodilatador foi realizada de acordo com as especificações da American Thoracic Society (1995), através de um espirômetro computadorizado (Koko Spirometer, PDS Instrumentation, Louisville, USA). Os participantes foram instruídos a não usar qualquer medicação broncodilatadora por no mínimo 6 horas antes do estudo. A reversibilidade foi comprovada 15 minutos após a inalação de 200 mcg de salbutamol liberados através de dispositivo pressurizado e dosimetrado, com o auxílio de um espaçador bivalvulado (Aerchamber, Trudell Medical Internacional, London, Canadá). Os valores previstos para cada paciente foram obtidos de Crapo et al (1981).

3.5.3 Questionário sobre Qualidade de Vida em Asma (QQVA)

Neste estudo foi usado o questionário auto-aplicável (Anexo B) desenvolvido por Elizabeth Juniper (JUNIPER et al, 1993 e 1999a) com adaptação cultural e validação para a língua portuguesa. O questionário tem o objetivo quantificar o impacto da asma no dia a dia de adultos como percebido pelo próprio paciente. O interesse particular está nas atividades que o paciente com asma realiza cotidianamente e que podem estar comprometidas pela doença. O limite pode estar associado ao fato do asmático realizar determinadas atividades com menor frequência, não tão bem ou por serem elas menos prazerosas.

As perguntas do QQVA foram selecionadas utilizando um método pré-estabelecido para o desenvolvimento do questionário de qualidade de vida, o que significa que contém problemas e limitações do dia-a-dia que podem ser encontrados pela maioria dos adultos com asma. A estrutura do questionário é composta por sete alternativas para cada questão relacionada às duas últimas semanas. Tal estrutura confere a esse questionário a característica de um

instrumento de medição preciso. É apropriado para detectar pequenas diferenças entre pacientes. Permite ainda encontrar pequenas, porém significativas mudanças clínicas apresentadas por pacientes como resultado de uma intervenção. Como resultado da destacada capacidade de medida, além da larga utilização em diversos estudos clínicos internacionais, abrangendo diferentes países, culturas e grupos étnicos, como instrumento válido, o QQVA tem sido usado extensivamente em todo o mundo (JUNIPER, 1993; JUNIPER 1999b).

O alvo, na fase de desenvolvimento, foi encontrar problemas que fossem importantes para os pacientes nos seus cotidianos. Inicialmente, a finalidade era identificar dificuldades funcionais: físico, emocional, ocupacional e social que pudessem ser mais problemáticas para os pacientes com asma. Discussões com os pacientes, revisão de literatura, debates com clínicos, além do emprego da experiência dos autores em desenvolver questionário de qualidade de vida, fizeram parte da elaboração desta etapa. Ao final foram identificados cento e cinquenta e dois problemas. Em uma segunda fase, chamada de redução, a proposta foi identificar quais dos cento e cinquenta e dois problemas eram mais significativos, para a maioria dos pacientes com asma. Cento e cinquenta asmáticos com sintomas foram questionados a respeito de problemas vivenciados no último ano. Para cada problema identificado foi então correlacionada a importância do problema em uma escala de cinco pontos (0= não importante e 4= muito importante). Problemas que foram identificados com mais frequência e com pontuação mais alta foram incluídos no QQVA. Finalmente, foi realizado o pré-teste para garantir que os pacientes não teriam dificuldades de compreender as questões, a escala de respostas e as instruções gerais. No pré-teste foi checado se os pacientes interpretavam as questões corretamente (JUNIPER, 1993; JUNIPER 1999b).

O QQVA original tem 32 questões, distribuídas em 4 domínios: (1) - sintoma = 12 questões, (2) - limitação da atividade = 11 questões, (3) - função emocional = 05 questões e (4) - estímulo ambiental = 04 questões. Os pacientes respondem as questões relacionadas às duas últimas semanas. Os pacientes respondem a cada questão utilizando uma escala graduada de 7 pontos (7=nenhuma limitação e 1=limitação severa). No que se refere à

limitação das atividades, as cinco mais freqüentes e importantes executadas na vida diária são eleitas pelo paciente que as pontua em relação às 2 últimas semanas. Estas 5 atividades são identificadas na primeira visita e retomadas em todas as visitas subseqüentes. (JUNIPER et al, 1993; JUNIPER et al, 1999b). A tradução, validação e adaptação cultural do QQVA foi realizada pelo Mapi Research Institut em 2000, de acordo com as recomendações atuais para questionários médicos, para o português do Brasil por Marco Bosi Ferraz, Márcia e Emílio Pizzichini (ANEXO B).

3.5.4 Questionário sobre Controle da Asma (QCA)

Este é um questionário auto-aplicável (ANEXO C) desenvolvido por Elizabeth Juniper (JUNIPER et al, 1999b), com adaptação cultural e validação para a língua portuguesa. Tem como objetivo essencial mensurar o efeito do tratamento da asma no controle da doença, meta primária do manejo da asma (GINA 2006). O QCA foi validado por pneumologistas de dezoito países, para ser usado em adultos. É considerado um método simples e capaz de avaliar o controle da asma. O QCA é composto de 7 itens, incluindo os 5 sintomas mais relevantes desta doença: sintomas noturnos, sintomas ao acordar, limitação das atividades, dispnéia e chiado. Adicionalmente, foram incluídos a freqüência do uso de broncodilatador e o valor do VEF₁ como medidas mais objetivas, totalizando 7 itens. As respostas para cada uma das questões, relacionadas à última semana, utiliza uma escala de 7 pontos. Os itens são igualmente medidos e o escore do QCA é a média dos 7 itens variando entre zero (bem controlado) e 6 (não controlado) (JUNIPER et al, 1999b). A tradução, validação e adaptação cultural do QCA foi realizada pelo Mapi Research Institut em 2000, de acordo com as recomendações atuais para questionários médicos, para o português do Brasil por Marco Bosi Ferraz, Márcia e Emílio Pizzichini (ANEXO C).

3.5.5 Intervenção Educativa

A intervenção educativa foi realizada a partir de dois módulos educativos. O Módulo I, denominado de “**Conhecimento sobre a asma**” foi

concebido para a auto-orientação do participante sobre o mecanismo da respiração, definição de asma, sinais e sintomas da doença, formas de obter o controle da asma, gatilhos que desencadeiam os sinais, os sintomas, as crises e as formas de controle, além de práticas mais saudáveis que possibilitam a convivência com a doença. O Módulo II, denominado de “**Aprendizagem sobre as medicações e sinais de alerta**” incluiu tópicos relativos aos objetivos do uso de medicação de controle (antiinflamatório) e de resgate (broncodilatador de alívio) e seus efeitos benéficos e adversos, tipos de dispositivos para medicações inaladas, uso de espaçadores, técnica para monitoração com PFE, sinais e sintomas que antecedem a crise de asma e como tratá-los a partir de um plano de ação pré-determinado e, finalmente, quando e como buscar e obter ajuda dos profissionais da saúde. Na prática a intervenção educativa ajustou os módulos para as necessidades de informação e modos de apreensão individual de cada participante do GI.

O planejamento do processo de ensinar e apreender concretizou-se, a partir da realização de encontros individuais com os participantes do estudo, e foi assim estabelecido: nas visitas 1 e 1B discutiu-se os conteúdos, a partir de slides sintetizados com esquemas e gravuras, tendo por base os conhecimentos de cada um dos participantes. Este momento foi seguido da apresentação e entrega de folder com a orientação para que este material fosse retomado sempre que o paciente sentisse necessidade. Na visita 1B, inicialmente se esclareceu dúvidas e se complementou informações a respeito dos conteúdos abordados na visita anterior e a partir desta abordagem seguiu-se com o módulo II. Na visita 2 retomou-se as discussões, das visitas 1 e 1B, com reforço para o plano de ação construído na V1B, como possibilidade de auto manejo da doença pactuado entre profissional/paciente.

Para a efetivação da intervenção educativa foram definidas algumas estratégias de acolhimento e de dinamização das discussões que envolveram a organização, a preparação de cada um dos encontros e o diálogo. Optou-se pela não intervenção direta do profissional e sim pelo papel de facilitador e estimulador das discussões e, por isso, inicialmente se realizou perguntas abertas para guiar o processo educativo, por exemplo: sobre a asma (O que é? Quais são os sinais e sintomas?) Quais são os gatilhos (fatores

desencadeantes) e como obter o controle dos gatilhos? Qual é a forma de tratamento? Quais são os sinais de alerta? Além disso, durante a intervenção se esteve atento para que os participantes mais reservados se sentissem a vontade e participassem do processo educativo. Manteve-se o cuidado de não tomar decisão como mobilização unilateral na solução dos problemas apresentados pelos participantes, por entender que as decisões tomadas deveriam ser construídas em conjunto: profissional e paciente.

Como já citado anteriormente, o princípio do diálogo no qual se busca, em conjunto, a melhor estratégia para resolver os problemas vivenciados pelo paciente no processo saúde-doença, teve o objetivo de sustentar às discussões, possibilitando a liberdade de expressão e a tomada de decisão quanto ao tratamento mais adequado para a obtenção da qualidade de vida e do controle da doença.

3.5.6 Plano de Ação/Cartão de Tratamento da Asma

O plano de ação foi construído junto com o paciente tendo por base o Cartão de Tratamento da Asma (APÊNDICE F). Inicialmente era descrito neste cartão o tratamento medicamentoso regular e o tratamento de alívio, com orientações para o uso da medicação de alívio sempre que necessário, ou seja, na presença de chiado, aperto no peito, cansaço e tosse. Em seguida, as orientações eram construídas a partir da piora dos sintomas. O paciente era orientado para se observar e aumentar o tratamento regular se apresentasse: (1). Aumento do uso da medicação de alívio (2x/dia durante 2 dias consecutivos por piora dos sintomas); ou (2). Piora dos sintomas ao acordar + despertar noturno com sintomas; e, (3). PFE 10% menor que o seu valor basal. Esta modificação no tratamento deveria ser feita até que o paciente voltasse ao seu normal (basal), quando então deveria retornar ao tratamento regular. Posteriormente, a orientação era para que o paciente se observasse no sentido de piora dos sintomas, mesmo com a modificação da medicação de tratamento regular, e se passasse a apresentar escarro amarelo ou esverdeado, deveria iniciar um tratamento com antibiótico via oral, durante uma semana. Finalmente se, ainda com as intervenções anteriores, continuasse a agravar a situação e

passasse a: (1). usar a medicação de alívio 8x/dia; (2). piorar dos sintomas; (3). acordar a noite com sintomas; (4). piorar dos sintomas ao acordar e (5). medida do PFE 15% menor que o seu valor basal; deveria usar corticóide, via oral – 1½ comprimido/dia, durante 7 dias. E, no caso de não apresentar melhora em 3 dias deveria procurar o NUPAIVA para ser avaliado pela equipe.

3.6 Análise Estatística

As variáveis categóricas foram sumarizadas através de frequência absoluta e percentagens. As variáveis contínuas foram inicialmente avaliadas quanto a critérios de normalidade. Aquelas com distribuição normal foram expressas como média e intervalo de confiança. Todos os testes estatísticos foram bicaudais. Significância foi aceita em nível de 95%.

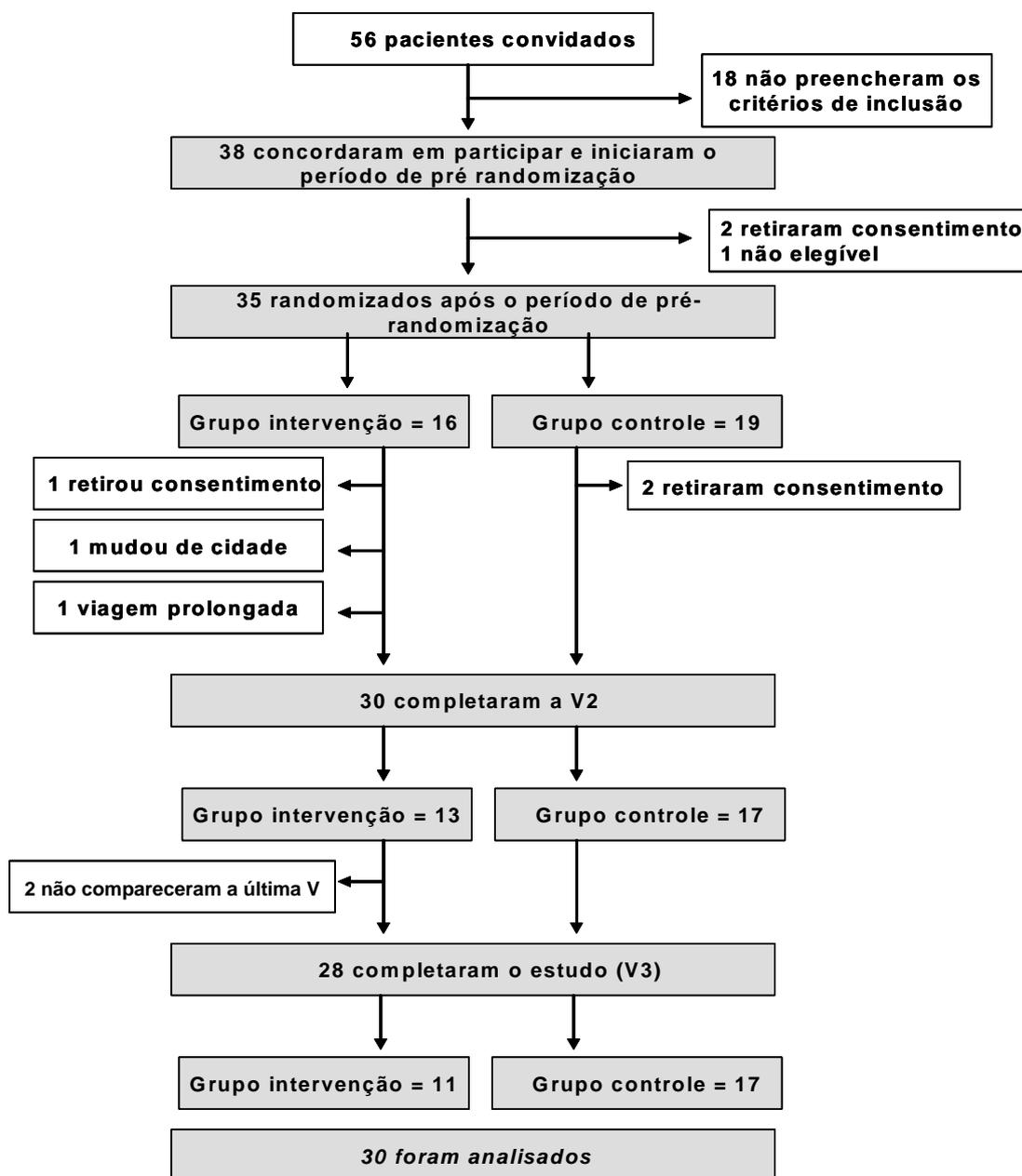
Diferenças entre grupos na primeira visita foram avaliadas através do teste de Chi-quadrado e teste T não pareado, para variáveis categóricas ou contínuas, respectivamente.

O escore total do QQVA em cada visita foi calculado a partir da soma das médias de cada um dos domínios. As médias dos domínios: sintomas, limitação da atividade, função emocional e estímulo ambiental foram calculadas a partir do resultado da soma das respostas divididas por sete. O escore total QCA foi calculado a partir da soma do valor de cada resposta dividido por sete. As mudanças ocorridas no escore total do QQVA e respectivos domínios e no escore total do QCA e respectivas perguntas foram analisados usando um modelo linear generalizado para medidas repetidas de análise de variância (ANOVA) com significância ajustada para múltiplas comparações. Os programas estatísticos empregados foram o SPSS versão 13.0 e o Epi-Info.

4 RESULTADOS

4.1 Randomização e Desistência

Cinquenta e seis asmáticos foram consecutivamente convidados, durante o período de inclusão, para participar do estudo. Destes, 18 não preencheram os critérios de inclusão. Trinta e oito (38) deles concordaram em participar do estudo, fizeram a V0 e iniciaram o período pré-randomização (Figura 2).



Fonte: Nazário, (2007).

Figura 2. Perfil do estudo.

No final deste período, dois participantes retiraram o termo de consentimento e um foi excluído por ter sido considerado inelegível para o estudo por incapacidade de compreender os procedimentos propostos. Trinta e cinco participantes foram randomizados para o GI (n= 16) e GC (n= 19). Destes, cinco (três do GI e dois do GC) desistiram do estudo entre as V1 e V2. As razões para desistência incluíram: retirada do consentimento (n= 3, um do GI e dois do GC), mudança de cidade (um do GI), viagem prolongada (um do GI). Entre as visitas V2 e V3, dois participantes do GI não compareceram a V3. Portanto, 28 participantes concluíram o estudo. Todos os dados dos participantes (n= 30) que completaram a V2 (GI n= 13 e GC n= 17) foram incluídos na análise.

4.2 Características dos Participantes: GI e GC

Com exceção da escolaridade, as características demográficas, clínicas e fisiológicas dos participantes do estudo na V0 foram similares entre os dois grupos do estudo (Tabelas 1 e 2). No GI houve uma proporção maior de participantes com terceiro grau, 37.5 vs 5.3, GI e GC, respectivamente.

Tabela 1: Características demográficas dos participantes do estudo (V0).

	GI	GC
Sujeitos (n)	16	19
Idade, anos	39.6 (33.5; 46.5)	50.4 (44.9; 55.9)
Gênero, feminino n (%)	10 (62.5)	15 (78.9)
Escolaridade n (%)		
- 1º Grau	(5) 31.3	(11) 57.9
- 2º Grau	(5) 31.3	(7) 36.8
- 3º Grau	(6) 37.5	(1) 5.3
Renda n (%)		
- Até 2 sm.	(6) 37.5	(8) 42.1
- > 2 até 5 sm.	(6) 37.5	(8) 42.1
- > 5 sm.	(4) 25.1	(3) 15.8

Todos os dados com exceção da idade estão apresentados como percentual e número absoluto. A idade está sumarizada como média e intervalo de confiança. GI: Grupo de Intervenção; GC: Grupo Controle; Sm: salário mínimo.

Tabela 2: Características clínicas e fisiológicas dos participantes do estudo (V0).

	GI	GC
Sujeitos (n)	16	19
Dispnéia, n (%)*	15 (93.9)	19 (100)
Opressão Torácica, n (%)*	8 (50)	10 (52)
Tosse, n (%)*	10 (62.5)	14 (73.7)
Pigarro, n (%)*	5 (31.3)	3 (15.8)
Escarro, n (%)*	2 (12.5)	2 (10.5)
VEF ₁ Pré-BD, (%)	72.4 (68.0; 77.0)	69.3 (64.2; 74.3)
VEF ₁ /CVF Pré-BD	0.64 (0.61; 0.68)	0.64 (0.60; 0.67)
VEF ₁ Pós-BD, (%)	82.7 (77.0; 88.6)	79.6 (75.3; 84.0)
Δ VEF ₁ Pós-BD, (%)	14.0 (10.0; 17.4)	15.1 (12.4; 17.8)
Uso de CI, n (%)*	16 (100)	19 (100)
Dose do CI, µg # **	500.00	400.00
LABA n (%) *	9 (50)	11 (57.9)

Todos os dados estão apresentados com média e intervalo de confiança exceto quando indicado. * Percentual das variáveis dos dois grupos. ** Mediana e 10/90 percentil.

GI: Grupo de Intervenção; GC: Grupo Controle. VEF₁: volume expirado forçado no primeiro segundo; Pré BD: antes do uso; BD: broncodilatador (salbutamol); CVF: capacidade vital forçada, Pós BD: após uso de broncodilatador; Δ: Diferença; CI: Corticosteróide Inalado; LABA: Beta2Agonista de Longa Ação.

4.3 Efeito da Intervenção Educativa na Qualidade de Vida de Asmáticos

A Tabela 3 descreve o efeito das intervenções do estudo sobre a qualidade de vida dos participantes. Podemos observar que o escore global de qualidade de vida no GI teve uma melhora clinicamente importante (diferença superior a duas unidades) e que isto não ocorreu no GC. Contudo a análise das diferenças entre grupos demonstrou um nível de significância igual a 0.05. A análise das mudanças após intervenção em cada domínio estudado, mostrou um aumento clinicamente importante (diferença ≥ 0.5) no GI e no GC apenas na limitação das atividades. Contudo, as diferenças entre grupos foram estatisticamente significativas apenas para limitação das atividades e função emocional.

Tabela 3: Escores global e por domínio do QQVA nas visitas 1 e 3 do estudo.

Escore	<u>GI</u>		<u>GC</u>		
	V1	V3	V1	V3	p*
Global	18.1 (14.4; 21.1)	22.0 (19.4; 24.5)	15.4 (12.6; 18.6)	16.7 (13.0; 21.7)	0.05
Sintomas	5.2 (4.5; 5.8)	5.7 (6.1; 5.7)	4.6 (3.9; 5.7)	4.6 (3.6; 5.6)	0.09
Limitação das atividades	4.7 (4.0; 5.5)	5.4 (4.7; 6.1)	3.5 (2.9; 4.1)	4.0 (3.2; 4.8)	0.005
Função emocional	4.9 (4.0; 5.8)	5.7 (5.0; 6.1)	3.8 (3.3; 4.6)	4.2 (3.0; 5.4)	0.03
Estímulo ambiental	4.6 (3.6; 5.7)	5.1 (4.2; 6.0)	3.6 (2.6; 4.5)	3.8 (2.6; 4.0)	0.09

Os dados estão apresentados como média e intervalo de confiança. p* para comparações entre grupos. GI: Grupo de Intervenção; GC: Grupo Controle; V (Visitas).

O efeito da intervenção do estudo sobre cada um dos domínios estudados e na qualidade de vida total dos participantes do GI, de maneira individual, isoladamente, não expressam o resultado de todos os participantes,

apresentados anteriormente, porém, podem ser consultados no Apêndice G (Tabela 4).

Da mesma forma, o Apêndice H (Tabela 5), apresenta o efeito da intervenção do estudo sobre cada um dos domínios estudados e na qualidade de vida total dos participantes do GC, de maneira individual.

4.4 Relação da Intervenção Educativa no Controle da Asma

A Tabela 6 descreve a relação da intervenção sobre o controle da asma. Os resultados demonstram que o controle da doença não foi modificado pela intervenção do estudo, quer quando analisado, de forma estatística ou clínica, como escore global ou quando analisado por itens do escore.

Tabela 6: Pontuação do QCA nas visitas 1 e 3 do estudo.

	GI		GC		p
	V1	V3	V1	V3	
QCA total	1,4 (1.0; 1.8)	1,4 (0.8; 1.9)	1,8 (1.3; 2.3)	1,8 (1.3; 2.2)	0,2
Despertar noturno	0,8 (0.3; 1.4)	0,7 (-0.2; 1.4)	1,2 (0.4; 2.2)	1,0 (0.3; 1.8)	0,3
Sintomas ao despertar	1,3 (0.9; 1.8)	1,3 (0.7; 1.9)	1,8 (1.0; 2.7)	1,8 (1.2; 2.4)	0,2
Limitação Atividades	1,0 (0.6; 1.5)	1,2 (0.6; 1.8)	1,9 (1.2; 2.6)	1,9 (1.2; 2.5)	0,6
Dispneia	1,4 (0.8; 2.0)	1,2 (0.4; 2.0)	2,0 (1.2; 2.9)	2,1 (1.5; 2.8)	0,7
Sibilância	1,3 (0.8; 1.8)	0,9 (0.3; 1.5)	1,4 (0.7; 2.1)	1,5 (0.7; 2.1)	0,4
BDAR	1,0 (-0.2; 2.0)	1,1 (0.2; 2.1)	0,9 (0.3; 1.4)	0,8 (0.3; 1.3)	0,6
VEF ₁	2,8	3,0	3,0	3,3	0,6

(1.9; 3.8) (2.1; 3.9) (2.3; 3.7) (2.7; 3.9)

Os dados foram apresentados com média e intervalo de confiança nas variáveis dos dois grupos. p* para comparações entre grupos GI: Grupo de Intervenção; GC: Grupo Controle; QCA: Questionário Controle da Asma; BDAR: broncodilatador de ação rápida; VEF₁: volume expirado forçado no primeiro segundo.

Os Apêndices I (Tabela 7) e J (Tabela 8) descrevem a relação da intervenção sobre o controle da asma no GI e no GC, respectivamente. Os resultados são apresentados individualmente e demonstram que o controle da doença não foi modificado pela intervenção do estudo. Entretanto, alguns itens analisados, em separado, apresentaram modificações favoráveis ao controle da doença, tanto no grupo intervenção como no grupo controle, o que pode contribuir em estudos e/ou processos de intervenção da mesma natureza.

5 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, desenvolvemos módulos de aprendizagem para o controle da asma como instrumento para intervenção educativa, tendo como objetivo comparar os efeitos desta intervenção sobre desfechos de importância clínica como a qualidade de vida e controle da asma. Os resultados demonstraram que a intervenção educativa a partir dos módulos desenvolvidos, utilizando um programa estruturado, atualizado, sintetizado e simplificado, interfere no curso do tratamento da asma através de melhora clinicamente importante e estatisticamente significativa da qualidade de vida. Contudo, o estudo não demonstrou relação da intervenção educativa no controle da asma medido pelo QCA. Estes resultados são importantes porque demonstram que a intervenção educativa pode modificar a qualidade de vida dos asmáticos. Além disso, os resultados foram relevantes por comprovar que a utilização do método educativo estruturado, flexível e dinâmico e dialógico, amplia informações fundamentais sobre a asma favorecendo mudanças na forma de lidar com a doença e seu tratamento. Desta forma, as repercussões da intervenção educativa puderam ser avaliadas através de questionários específicos e validados, de uso simples, prático e de fácil aplicabilidade, que traduzem a qualidade de vida e o controle da doença.

Esta é um estudo original que buscou determinar o efeito da educação utilizando módulos de aprendizagem, sobre a qualidade de vida e controle da doença em asmáticos, empreendendo esforços metodológicos que validam os resultados obtidos. Primeiro, o delineamento do estudo por randomização assegurou, não apenas o perfil sócio-demográfico-clínico homogêneo dos participantes, mas também a semelhança dos grupos estudados em diversos outros aspectos de propósito do estudo. Segundo, a qualidade da obtenção dos dados ficou por conta da caracterização de história clínica compatível com asma, além da confirmação objetiva do diagnóstico de cada paciente e dos critérios de inclusão e exclusão nos padrões estabelecidos. Terceiro, os instrumentos empregados para medir os desfechos do estudo, ou seja, os escores do QQVA e QCA distanciam-se de vulnerabilidades como viés de interpretação. Quarto, a exigência e o cuidado

com a aplicação da metodologia educacional, permitindo bom envolvimento dos participantes durante a intervenção, favoreceram as mudanças de hábitos e atitudes frente à doença. Quinto, o cuidado com a aplicação dos questionários, propiciando ambiente adequado para a leitura sem a intervenção da pesquisadora também credita confiabilidade aos achados. Finalmente, o fato da pesquisa ter sido realizada em um centro de referência para estudos de asma (NUPAIVA), foi um dos pontos fortes da realização desta investigação. A disponibilidade de infra-estrutura adequada para o atendimento e acompanhamento dos pacientes selecionados, apoiou o andamento e a concretização deste estudo.

Por outro lado, houve limitações que escaparam do controle. A amostra reduzida apesar de homogênea, pode ser considerada uma limitação do estudo impedindo a formação de grupos mais expressivos e a realização de análises estatísticas comparativas mais discriminativas. O tempo de recrutamento, por tratar-se de um trabalho acadêmico, com limite de tempo para a sua conclusão, foi o principal problema enfrentado, limitando o alcance de uma amostra mais expressiva. Também, no estudo atual, em que proporcionalmente o maior número de participantes com terceiro grau se concentrou no GI, a escolaridade foi uma variável a ser considerada como influenciadora das respostas e corresponde à possibilidade de compreensão mais adequada e mais velocidade nas respostas por esses participantes. Se o paciente detém mais alto grau de conhecimento, isto pode impulsionar a estratégia educativa conseguindo mais êxito nas ações tomadas, em seu cuidado à saúde. Contudo sabemos que o grau de conhecimento por si só não possibilita maior aderência ao tratamento se o paciente não estiver suficientemente conscientizado e motivado.

5.1 A Intervenção Educativa

Este estudo é um dos poucos da literatura brasileira que avaliou a intervenção educativa a partir da aplicação do QQVA e o primeiro a avaliar o controle da asma com a utilização do QCA após a intervenção educativa. Neste aspecto, houve a pré-suposição de que a conscientização e a mudança

de hábitos, de atitudes e de comportamento, a partir da educação, são fatores fundamentais para o controle da asma como doença, e conseqüentemente, mobilizam mudanças na qualidade de vida. A educação desempenha papel importante na modificação dos hábitos do indivíduo e para que isto se concretize, é necessário que o desenvolvimento do processo educativo aconteça a partir de um método flexível, dinâmico e dialógico. O educar-se tem como sustentação o conhecer-se a si mesmo, na relação com o outro, mediante o compartilhar de conhecimentos. Para Freire (1999) a raiz da educação reside no fato do homem ser inacabado e em constante busca de ser mais. Assim, a educação implica numa busca realizada pelo homem, que deve ser sujeito e não seu objeto. Ninguém educa ninguém, afirma o autor, porém a busca por ser mais deve ser feita com os pares que também procuram ser mais em comunhão com outras consciências. A educação permite ao indivíduo a ampliação e explicitação de seus potenciais, de novas habilidades em favor, primeiramente, da confiança e aumento de conhecimentos para a sua qualificação no estilo de viver. Neste estudo, modificações incluem a convivência com a situação crônica da asma, acreditando que a educação deve reforçar-se na confiança das pessoas em si mesma.

Ao discutirem a condição crônica e a prática educativa Francioni e Coelho (2004) apontam a educação como um fator importante no convívio com a doença crônica desde que o profissional de saúde esteja atento às percepções, aos sentimentos, aos conhecimentos e as expectativas dos pacientes, procurando compreendê-lo para iniciar o processo educativo com o desenvolvimento do auto-conhecimento. As autoras afirmam que é comum observar o déficit de conhecimento relacionado à compreensão do processo de viver com uma doença crônica e os cuidados necessários a esta situação. Cabe ao enfermeiro, auxiliar no processo da educação consciente para viver saudável, a partir de princípios transformadores, com base na realidade do convívio com a doença, através de conscientização, desenvolvimento de habilidades e conhecimentos próprios para o enfrentamento à condição crônica de saúde, ressaltando o esforço próprio de cada um na manutenção de sua saúde.

Silva, Souza e Meireles (2004) referenciam a percepção da necessidade de maior aproximação entre os profissionais e os pacientes com doenças crônicas para a compreensão sobre o viver com esta condição, o que poderá contribuir para superar o modelo assistencial utilizado quando o profissional é o que sabe e ensina aqueles que não conhecem a sua doença. As autoras propõem modelo assistencial em que os profissionais participam como facilitadores no processo assistencial daqueles que vivem com uma condição crônica, respeitando o conhecimento pré-existente como conhecimentos diferentes que necessitam de complementações.

Também, era esperado que a possibilidade do participante do estudo colocar-se inicialmente, favorecesse uma boa comunicação e interação com a pesquisadora tornando o ambiente da intervenção favorável a educação. O consenso de educação em asma (SBPT, 2002) destaca que as experiências vêm demonstrando que o paciente fica mais à vontade com a profissional enfermeira para expor dúvidas e temores em relação ao tratamento, por ser ela capaz de estabelecer a comunicação franca e direta com os pacientes, o que é considerado fundamental para o êxito dos programas educativos.

Deste modo, a intervenção educativa neste estudo aconteceu com auxílio de recurso áudio-visual, dispositivos para o uso da medicação, peças anatômicas, figuras, gráficos e treinamentos práticos a partir de uma relação participativa e dialógica, reforçando a troca de saberes.

Estudos realizados no Brasil que utilizaram abordagem educativa, como um dos aspectos na terapêutica da asma, tem convergência com os resultados deste estudo. Oliveira et al (1997) e De Oliveira et al (1999) desenvolveram um programa de educação estruturado e dirigido para adultos portadores de asma. A educação foi realizada de forma verbal, visual e auditiva e incluía a monitoração da doença a partir da presença de sintomas, uso de medicação de alívio e mensuração do PFE, além de contar com visitas médicas regulares. Mesmo sem que as autoras citadas, mencionassem o plano de ação escrito, ficou evidenciado que os pacientes do grupo educação apresentaram menor número de hospitalizações, menor número de idas ao pronto socorro, menor número de idas não agendadas ao ambulatório e

redução dos sintomas, quando comparados com o grupo de pacientes que receberam tratamento clínico de forma usualmente desenvolvida.

Bettencourt et al (2002) mostrou que o conhecimento adquirido por pacientes, durante a participação em um programa educativo, foi progressivamente maior na medida em que as intervenções educativas eram implementadas. Neste estudo, na primeira consulta o percentual de acertos referentes à definição da asma, sinais de controle e descontrole foi zero. Os acertos associados ao conhecimento sobre a medicação de alívio e de controle atingiram 22,7%. Já, em relação a identificação de fatores desencadeantes, o percentual de acertos foi de 54,5%. Ao final da intervenção os percentuais de acertos, para os mesmos itens, variaram entre 86,4% e 100%. Há que se ressaltar que a alteração no conhecimento não se traduz necessariamente em aderência ao tratamento se não houver conscientização e motivação para tal.

No entender de Oliveira et al (2002) e Fernandes (2004), os programas sobre educação em asma que levam aos melhores resultados, são os estruturados que em geral utilizam a forma impressa, escrita, visual e ou auditiva para compartilhar saberes e informações. Inclui plano de ação escrito, monitoração dos sintomas e revisão médica regular. O plano de ação pode ser colocado em prática pelo próprio paciente (auto-manejo da doença) e planejado em conjunto (médico e paciente). As intervenções menos intensivas, sem plano de ação escrito, são menos eficazes. Os planos favorecem a monitoração de sintomas, controle do PFE, reconhecimento precoce da exacerbação, tratamento de manutenção, tratamento domiciliar da crise leve e as indicações claras de procura por atendimento em serviços de emergência (SBPT, 2006; GINA, 2006).

Fernandes (2004) afirma que os programas de educação para doenças crônicas têm como objetivo habilitar o paciente a participar ativamente do seu tratamento e, assim, maximizar o controle da doença. Ao lado da avaliação e monitoramento da doença, do controle de fatores agravantes e da terapêutica farmacológica, a educação do paciente é um dos pilares do tratamento da asma. O compartilhar de saberes e informações e o ensino de certas habilidades melhoram o controle da asma e permitem aos pacientes viverem regularmente. Assim, reafirmamos que a educação deve promover a

responsabilidade individual e a cooperação coletiva, e percebemos que a relação dialógica acrescida dos demais requisitos já comprovados nas pesquisas apresentadas anteriormente, contribuiu para melhoria da qualidade de vida desses pacientes, embora não tenha apresentado resultados com significância clínica e estatística em relação ao controle da doença.

5.2 Efeito da Intervenção Educativa na Qualidade de Vida de Asmáticos

Quanto à qualidade de vida, os estudos que avaliam os asmáticos, demonstram que a deterioração da doença está relacionada a fatores incapacitantes e comprometem a realização das atividades diárias. Além disso, os asmáticos têm seus sintomas exacerbados na presença do estímulo ambiental e emocional, parâmetros estes que também vem sendo analisados. O QQVA avalia as limitações apresentadas pelo asmático utilizando a escala de Likert (Marks, Dunne e Woolcock, 1992) em que 1 (um) ponto representa a incapacidade máxima e 7 (sete) pontos nenhuma incapacidade. Medidas de qualidade de vida com pontuações pouco menores de 7, já indicam que o paciente apresenta algum grau de limitação, mesmo que mínimo. Para comparar o grau de limitação, a maneira mais adequada é verificar as respostas vivenciadas à intensidade correlacionada com a escala de pontos. O escore 4 (quatro) está no meio da escala e indica um grau moderado de comprometimento do parâmetro analisado.

A confirmação do comprometimento basal da qualidade de vida, dos participantes do estudo atual, pode ser evidenciada ao se observar a média dos escores por domínio apresentadas na visita de randomização. O grau de limitação no GI mostrou algum desconforto para os sintomas, moderado desconforto para a limitação das atividades, pouco tempo de desconforto para a função emocional e algum tempo de desconforto para o estímulo ambiental. No GC observou-se limitação moderada a alguma limitação para os sintomas, muito ou moderado desconforto para a limitação das atividades, algum desconforto para a função emocional e bastante desconforto para o estímulo ambiental. Os valores dos escores dos domínios do QQVA, encontrados na

linha de base deste estudo, para os participantes do GI, aproximam-se dos obtidos por Stahl et al (2003) ao comparar a linha de base em pacientes com asma na Suécia, Países Baixos, Noruega e Grécia. Em relação a limitação das atividades os valores são semelhantes aos quatro países e mostram pouca restrição. Para os sintomas observa-se maior pontuação no Brasil, o que mostra menor desconforto ou menor percepção da sintomatologia. A função emocional assemelha-se aos dados obtidos na Noruega e na Grécia. O estímulo ambiental aproxima-se de dados obtidos na Suécia e na Noruega e está acima da Grécia e abaixo dos Países Baixos.

De acordo com Juniper et al (1993, 1995) avaliar a qualidade de vida utilizando questionários é tão difícil quanto importante. É possível ter-se idéia desta dificuldade quando se compara melhora de 500 ml no VEF₁ em um paciente com limitação significativa ao fluxo de ar após uso de BDAR, com o significado da diferença de 1 (um) ponto no escore de qualidade de vida de um paciente asmático na realização de atividades, além da piora dos sintomas à exposição aos estímulos ambientais e emocionais.

Juniper (1994) discute que a importância clínica, se refere à magnitude da diferença entre dois grupos ou duas formas de tratamento, enquanto que o significado estatístico indica a probabilidade de rejeitar a hipótese de “não diferença”. Assim, a determinação da importância clínica tem sido utilizada por pesquisadores, que empregam a percepção de mudança significativa, na qualidade de vida dos indivíduos como base para calcular a diferença mínima com significado clínico. A diferença mínima importante, conforme Juniper (1994), na contagem dos escores individualmente do QQVA, considerada clinicamente significativa, foi definida a partir da menor diferença que os pacientes percebem como benéficas, relacionadas às limitações da asma, gastos excessivos com o tratamento e alteração no controle da doença. Esta diferença mínima importante foi definida para todas as versões do QQVA como aquela próxima de 0.5 na escala de pontos.

Ao se comparar as diferenças dos escores indicativos de modificações na qualidade de vida dos participantes do estudo (visita final – visita de randomização) é possível evidenciar que os participantes do GI tiveram todos os domínios estudados aumentados em valores iguais ou

maiores que 0,5: sintomas (0,5), limitação das atividades (0,7), função emocional (0,8), estímulo ambiental (0,5) (Figura 3 e Figura 4). Na qualidade de vida total o aumento foi de 3.9.

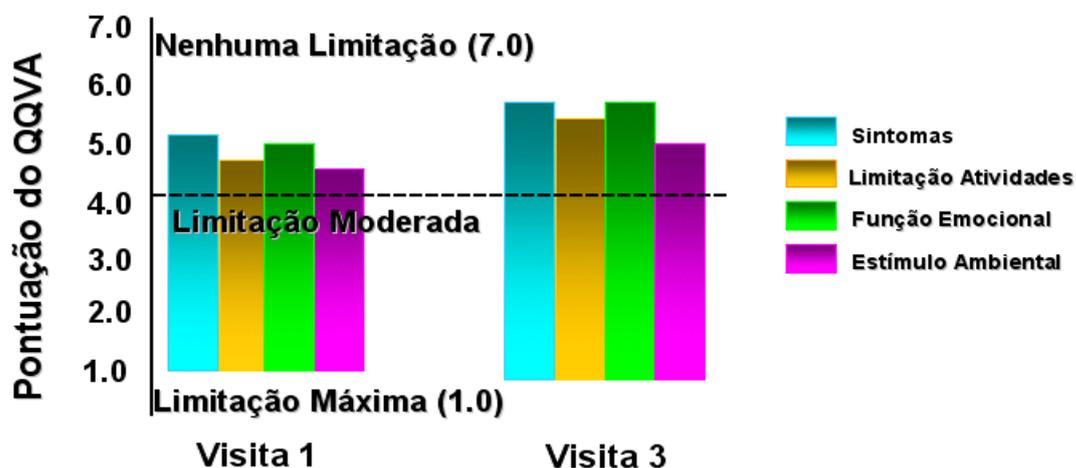


Figura 3 – Escores por domínios do QQVA nas visitas 1 e 3 – Grupo Intervenção

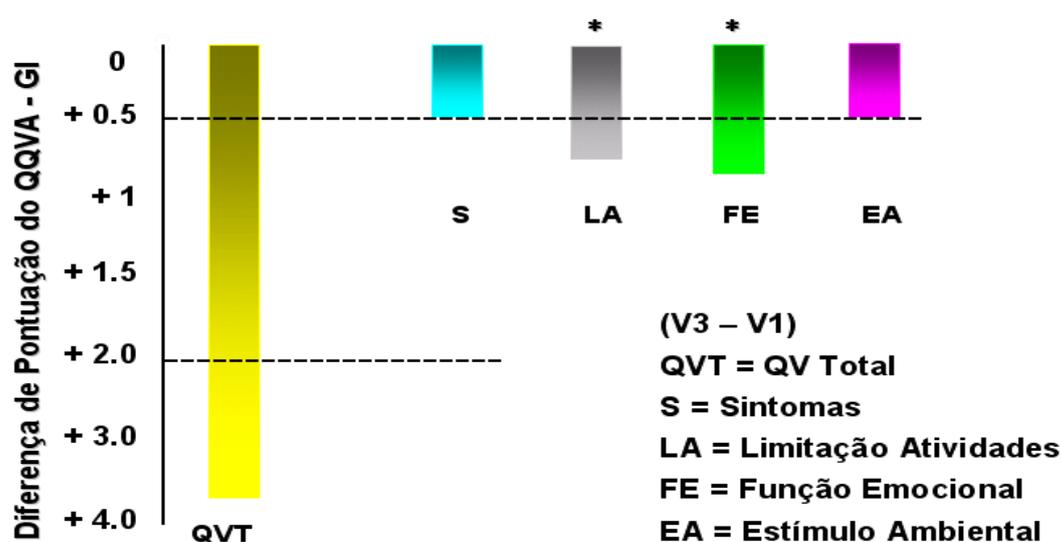


Figura 4 – Diferença de pontuação por domínio do QQVA – GI

Vale destacar que 0,5 tem sido considerada a diferença mínima para cada um dos escores e 2.0 tem sido considerada a mínima variação com importância clínica para a qualidade de vida total. Estes resultados mostram o significado clínico e indícios de tendência na melhoria da qualidade de vida no GI que apresentava escores entre 4,6 e 5,2 nos quatro domínios na visita de randomização tendo se modificado para os escores 5,1 e 5,7.

No GC, que apresentava escores entre 3,5 e 4,6 nos quatro domínios, o significado clínico pode ser atribuído somente ao domínio limitação das atividades (0,5). Todas as modificações nos domínios analisados separadamente não demonstraram importância clínica na qualidade de vida: total (1,3), sintomas (0,0), função emocional (0,4), estímulo ambiental (0,2). Os escores neste grupo se mantiveram entre 3,8 e 4,6.

Quando analisamos a qualidade de vida dos participantes do GI ao final do estudo comprovamos que os escores relacionados aos sintomas e a função emocional se concentraram em (5.7) indicando muito pouco desconforto. Nos domínios limitação das atividades e estímulo ambiental o grau de limitação se concentrou nos valores (5.4 vs 5.1, respectivamente) indicando pouco comprometimento. Também é possível verificar que no GI, ao final da intervenção educativa, os domínios função emocional e sintomas, apresentaram os maiores escores médios. O estímulo ambiental ficou com o menor escore o que apesar de corresponder a maior limitação deste grupo indica pouca limitação. Estes resultados confirmam que a intervenção educativa melhorou a qualidade de vida total dos participantes do estudo, com significância clínica e estatística para a qualidade de vida total e domínios: limitação das atividades e função emocional.

Ao final do estudo, no GC os valores dos domínios sintoma e função emocional se concentraram entre (4.2 e 4.6) indicando moderado e algum desconforto. Nos domínios limitação das atividades e estímulo ambiental as médias ficaram entre (4.0 e 3.8) o que corresponde a algum tempo de desconforto provocado pela asma. (Figura 5)

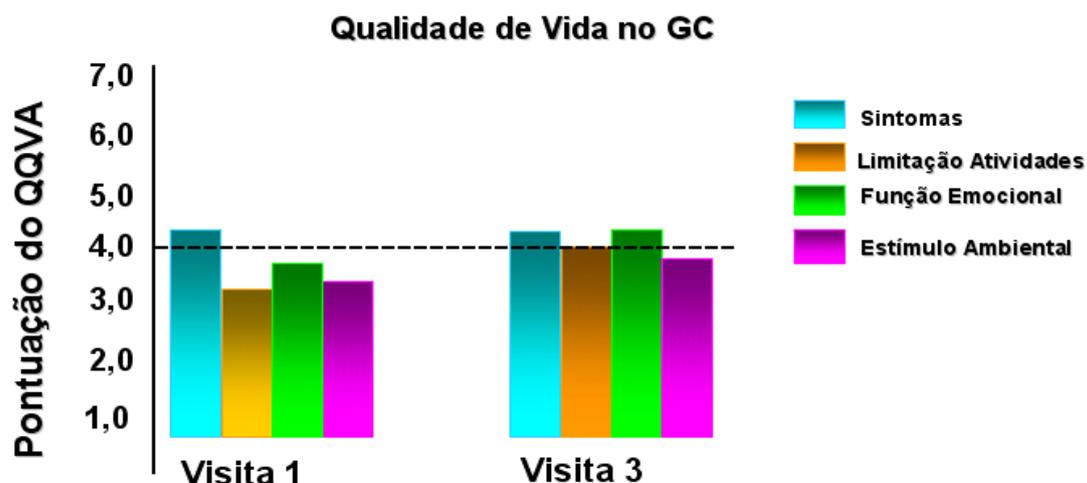


Figura 5 – Escores por domínio do QQVA nas visitas 1 e 3 – Grupo Controle.

Entretanto, não se evidenciou significado clínico nas alterações de pontuações referentes a sintomas, função emocional e estímulo ambiental. (Figura 6).

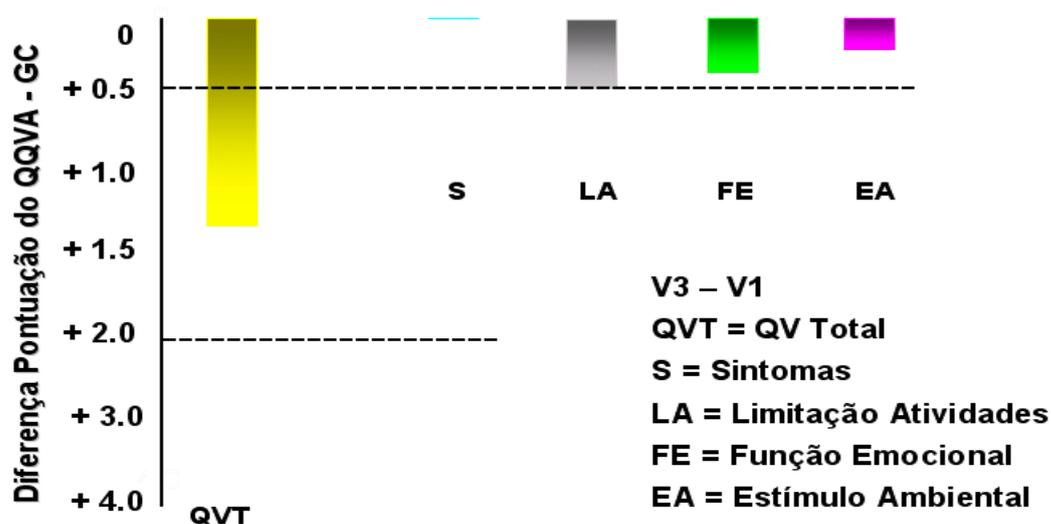


Figura 6 – Diferença de pontuação por domínio do QQVA – Grupo Controle.

Um estudo desenvolvido no Brasil por Azevedo e Costa (2004), distribuiu de modo aleatório pacientes em grupo educação e grupo controle e comparou o atendimento usual do ambulatório de asma com o associado a intervenção educativa, a partir de parâmetros mais subjetivos, demonstrou que o número de internações diminuiu em ambos os grupos, tendo significância estatística mais relevante no grupo educação. As “idas e vindas” à emergência

diminuíram nos dois grupos com resultados estatísticos significantes o que mostra controle da doença. A qualidade de vida melhorou em ambos os grupos, porém no grupo educação houve diferença estatisticamente significante ($p= 0,05$). Também ficou evidenciado que os parâmetros funcionais pulmonares não se modificaram.

Bettencourt et al (2002) realizaram estudo que padronizou um modelo de pós consulta, dentro de um programa de educação, para acompanhar as mudanças no conhecimento da asma e na qualidade de vida. As autoras comprovaram mudança na qualidade de vida com redução significativa do percentual de restrição nos parâmetros limitação das atividades e frequência dos sintomas o que é consonante com o estudo atual. Não foram observadas diferenças nos escores na função emocional antes e após a participação do programa educativo (o que mostra incongruência com este estudo). As autoras associam as mudanças na qualidade de vida ao fato de maior adesão ao tratamento, aumento do conhecimento e habilidades no uso de aerosol.

Outros estudos realizados por Oliveira et al (1997), De Oliveira et al (1999), Côté et al (2001), Cerci Neto et al (2004) e Moreira et al (2004 a), que utilizaram programas de educação em asma também evidenciaram melhoria da qualidade de vida dos participantes.

No entender de Saupé e Broca (2004) a inclusão de avaliação da qualidade de vida de pacientes com condições crônicas de saúde é a tendência atual para a assistência. As informações expressivas anunciam o ponto de vista do maior interessado e acaba por auxiliar na tomada de decisão compartilhada, o que torna o paciente mais atuante em seu processo de viver e enfrentar a condição crônica de saúde. Também apóiam a tendência do desenvolvimento de instrumentos específicos, orientados aos enfrentamentos particulares em cada situação de vida, ao mesmo tempo em que advertem para o risco de “patologizar” as questões de qualidade de vida e a perda da capacidade de captar dados subjetivos que permitem avaliar a possibilidade de identificar a aproximação e o distanciamento entre os pacientes.

5.3 Relação da Intervenção Educativa no Controle da Asma

Neste estudo, considerando o desfecho controle da asma as médias das pontuações do QCA total da visita de randomização e da visita do final do estudo, tanto no GI como no GC, se mantiveram inalteradas (1.4 vs 1.8, respectivamente). Conforme Juniper et al (2006), o ponto do cruzamento entre controle e não controle da asma realiza-se próximo de 1.0. Isto significa que os pacientes com escores abaixo de 1.0 têm maior probabilidade de estarem com a doença sob controle enquanto que os pacientes com escores acima de 1.0 não estão com a doença sob controle. Para considerar confiável que um paciente alcançou o controle da doença seria conveniente utilizar escores abaixo de 0.75 onde 85% dos pacientes estarão controlados. No escore mais elevado de 1.5, a probabilidade do paciente de estar com asma controlada é somente 66% (Figura 7), (Juniper et al,2005).

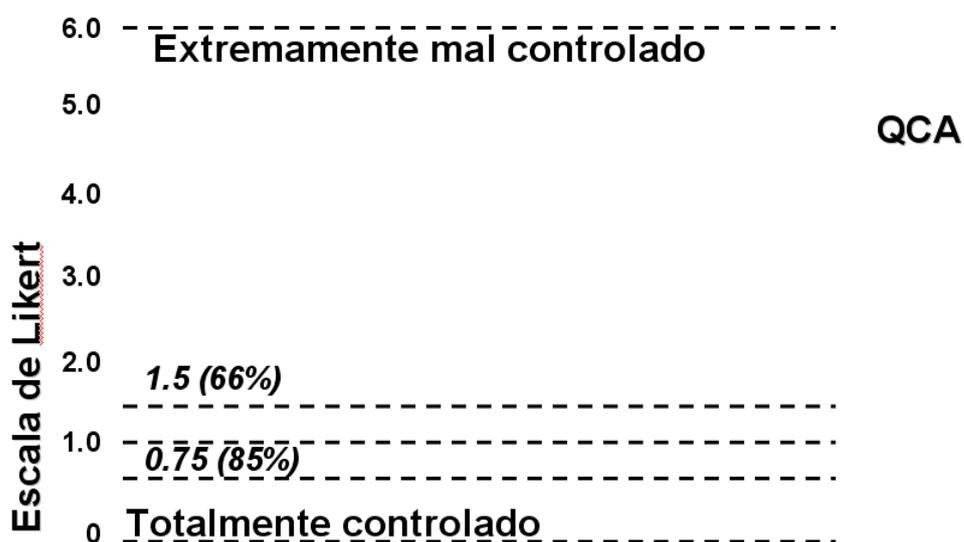


Figura 7 – Controle da doença avaliado pelo Questionário de Controle da Asma.

Ao final deste estudo, comparadas com essas pontuações os participantes do GI apresentavam pontuações em 5 itens no QCA muito próximo ou correspondentes ao controle da doença: despertar noturno (< 1.0), limitação das atividades e uso de BDAR (1.0), sintomas ao despertar e sibilância (1.3).

Adicionalmente, fazendo análise separada da diferença (visita final – visita inicial) dos 5 itens do QCA se evidencia que no GI a pontuação dos sintomas ao despertar (SD) permanece inalterada, enquanto a pontuação da limitação das atividades mostrou acréscimo de 0.2, ao final do estudo. Já, as pontuações dos itens: dispnéia (DI) e sibilância (SI) evidenciam queda (0.2 vs 0.4, respectivamente) indicando melhora no controle da doença apesar de não evidenciar significado estatístico e clínico. A pontuação relacionada aos itens mais objetivos, uso de BDAR (BD) elevou-se em apenas 0.1, enquanto o VEF₁ aumentou 0.2 pontos, evidenciando piora no controle da doença (Figuras 8 e 9).

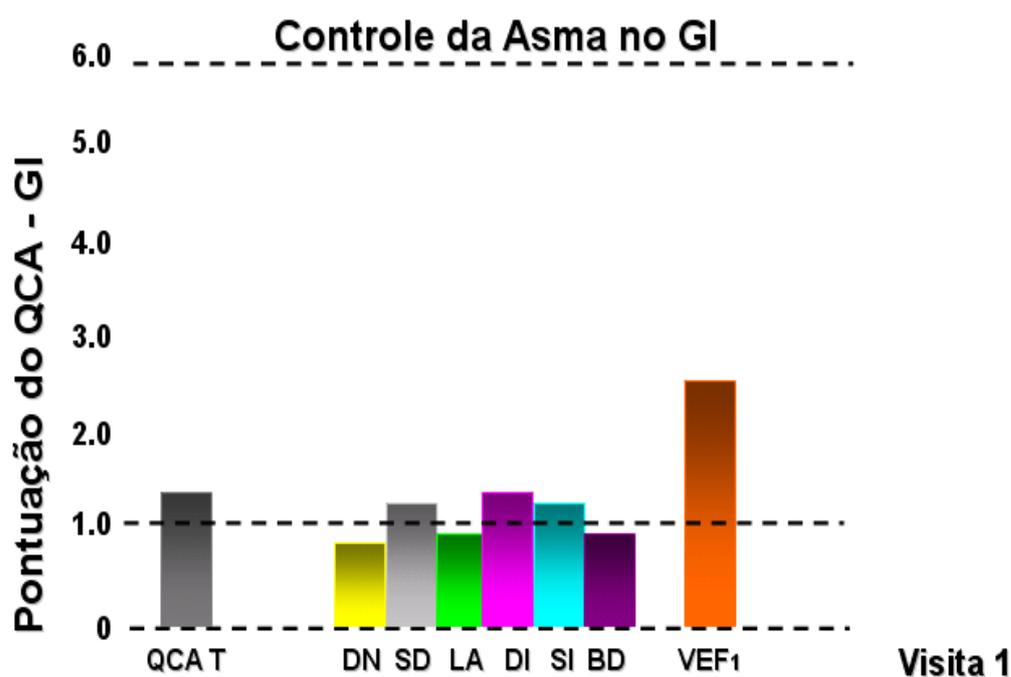


Figura 8 – Escores do QCA na Visita 1 – Grupo Intervenção.

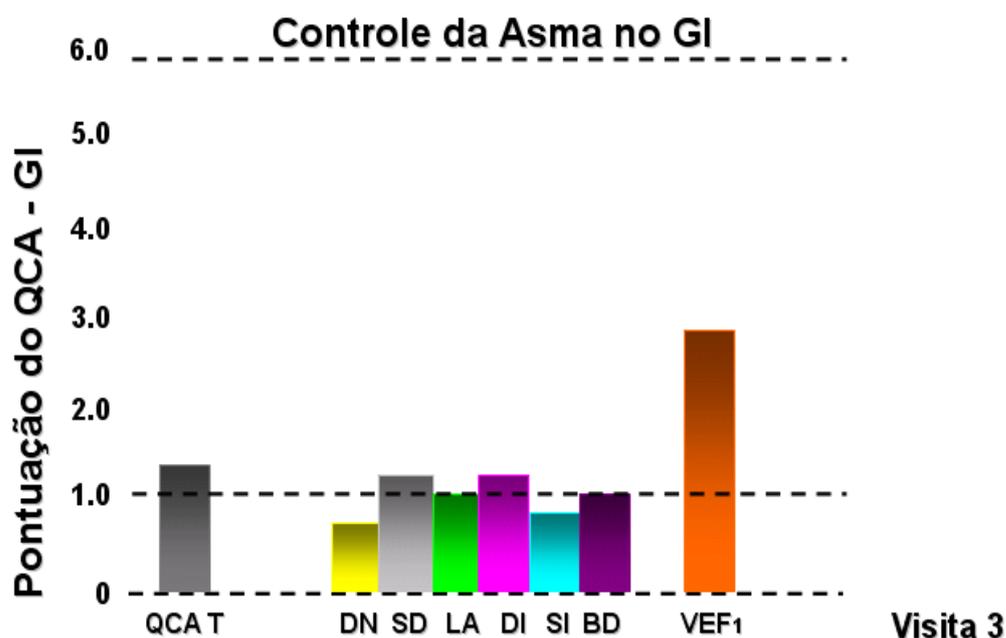


Figura 9 - Escores do QCA na Visita 3 – Grupo Intervenção.

Na avaliação isolada dos itens do QCA no GC evidenciam-se três situações distintas: inalteração da pontuação (limitação das atividades e sintomas ao despertar), elevação da pontuação (dispnéia e sibilância) e declínio de 0.2 (despertar noturno). Nas medidas mais objetivas, uso de BDAR houve declínio de 0.1, enquanto o VEF1 elevou-se em 0.3 pontos.

Juniper et al (2005) consideram que a diferença de 0.5 na pontuação dos escores do QCA indica o menor valor capaz de mostrar alteração no controle da doença, e é considerada clinicamente importante. As diferenças nas pontuações do QCA total e por itens, tanto no GI como no GC, entre a visita de randomização e a visita final, mostram a ausência de significância estatística e clínica, apesar dos resultados demonstrarem que os participantes do GI se beneficiaram parcialmente da intervenção educativa, pois se constatou que as pontuações de 3 itens do QCA modificaram-se quando comparadas as visitas final e inicial, sendo que duas delas ficaram abaixo de 1.0 (controle da doença).

No que se refere a ausência, no controle da asma, com significância clínica e estatística do QCA, ao final do estudo, algumas considerações são necessárias. Primeiro, um fator importante é a proximidade do controle doença, entre os participantes do estudo, no GI, que pode ser considerado fator de

viés, haja vista que a estabilidade dos quadros clínicos pode ter contribuído para que os itens do QCA não se modificassem. Segundo, pacientes com doenças menos graves são pouco propensos a apresentarem melhoras expressivas de sua enfermidade, pois estão com a doença sob controle. Terceiro, o tamanho final da amostra também pode ter contribuído para a ausência de achados mais contundentes neste desfecho analisado. Quarto, os pacientes não sofreram alterações no tratamento da asma (corticosteroide inalado). Finalmente, uma outra explicação plausível é a de que o QCA avalia domínios diferentes do QQVA.

Estudos realizados por Oliveira et al (1997), De Oliveira et al (1999) e Côté et al (2001) que utilizaram de programas de educação em asma confirmaram o controle da asma nos participantes dos estudos a partir da redução de sintomas noturnos e da frequência dos sintomas, da diminuição do PFE e da redução das visitas médicas não programadas e de idas ao pronto socorro. No entanto, tais estudos utilizaram metodologias variadas para analisar o controle da asma em períodos maiores de acompanhamentos, sem o emprego do QCA para as avaliações. Tal fato, associado ao tempo de estudo mais prolongado nos estudos anteriores, impede a comparação com os dados do presente estudo que avaliou o controle da asma através do emprego do QCA, após intervenção educativa, durante um período de 18 semanas.

O objetivo ideal do tratamento na asma, de acordo com o GINA (2006), deve ser o controle total da doença: ausência de sintoma, nenhuma limitação da atividade, sem uso do broncodilator de resgate e ausência de limitação das vias aéreas. Para Juniper et al (2006) o objetivo mais realístico seria o controle da doença onde os pacientes experimentaríamos sintomas ocasionais, risco mínimo para a exacerbação da doença ou danos em longo prazo como o comprometimento das vias aéreas.

CONCLUSÃO

A estratégia educativa utilizada possibilitou, a partir de uma proposta educativa estruturada, flexível, dinâmica e dialógica, para avaliar os efeitos da intervenção na qualidade de vida dos pacientes portadores de asma persistente evidenciar a ampliação de conhecimentos fundamentais sobre a asma favorecendo mudanças de comportamento na forma de lidar com a doença e interferindo no curso do tratamento da asma.

A Intervenção Educativa favoreceu mudanças na qualidade de vida dos pacientes com asma persistente, com significado estatístico na qualidade de vida total e nos domínios relativos à limitação das atividades e função emocional, comprovando o mecanismo de superação frente às limitações da doença. Também favoreceu mudança clinicamente significativa na qualidade de vida total e em todos os domínios estudados: sintomas, limitação das atividades, função emocional e estímulo ambiental.

Não houve relação estatisticamente significativa nos domínios do controle da asma avaliados pelo Questionário de Controle da Asma. Assim, a Intervenção Educativa não influenciou no controle da asma, nesta população estudada. Entretanto, ao verificarmos os resultados, individualizados - por participante - existem domínios que tiveram resultados com significado clínico.

A adesão dos participantes ao estudo foi relevante. Observou-se que, após o período de randomização, 80% dos pacientes permaneceram até o final do estudo.

Conclui-se deste estudo que a decisão de incluir proposta educativa em simultaneidade com a proposta clínico-assistencial, pressupõe tomar como fundamento o conceito de educação crítico e construtivo, o qual considera a compreensão individualizada do paciente nas questões de saúde e qualidade de vida, conforme sua singularidade. É relevante que se explicita a postura frente ao conceito de educação que for adotado. Somente a partir daí se dá a definição operacional da educação como referência teórica fundamental ao processo de análise de compatibilização com as bases filosóficas da prática assistencial para qual a “estratégia educativa” convergirá. Na verdade, o êxito da proposta educativa imbricada na assistência prestada a pacientes em

situações crônica de saúde, neste caso o diagnóstico médico é de asma, requer previamente um estudo exploratório de convergência de duas lógicas implicadas, quais sejam, a lógica da educação (para compor a estratégia educativa) e a lógica clínico-assistencial. Tal associação, quando compatibilizada, potencializa os efeitos clínico-assistenciais e converte, em prioridade, a aprendizagem para a reestruturação do conhecimento do paciente no maior controle da situação crônica de saúde e na qualificação do seu viver.

Este trabalho ao vincular a importância do processo educativo à qualidade de vida de asmáticos pode reforçar uma das pressuposições do Sistema Único de Saúde que é a da inclusão social. Esta inclusão ocorre, na medida em que estes usuários, certamente, ao prolongarem e/ou conseguirem manter sua expectativa de vida, o farão com mais qualidade. Assim, poderão conviver com esta doença crônica com maior dignidade.

RECOMENDAÇÕES

A premissa básica para a realização deste estudo foi a comprovação da necessidade também de quantificar para a possibilidade de qualificar a assistência à saúde. Isto evidencia a necessidade de outros estudos desta natureza ser incluído na prática de enfermagem como possibilidade de alcançar maior eficácia da assistência individual prestada. Assim, é necessário que se comece a pensar em submeter a prática assistencial à investigações criteriosas, procurando avaliá-la a luz do que se entende por enfermagem-ciência. A comprovação do nível de desempenho assistencial poderá contribuir para a maior apropriação do papel do enfermeiro com autonomia profissional, principalmente no que tange a realização do diagnóstico, prescrição e avaliação de enfermagem, junto aos pacientes e familiares, nas mais diversas áreas assistenciais, que também requerem pela prática educativa a aprendizagem de autonomia no controle de seu conviver com a asma, como a situação crônica de saúde.

Também os resultados do estudo demonstram a responsividade do Questionário de Qualidade de Vida em Asma à intervenção educativa. Este questionário, utilizado na prática assistencial, funcionou como um recurso para quantificar as limitações apresentadas pelo asmático e a possibilidade para a aproximação da assistência integral.

Os resultados individualizados no controle da doença ensejam a recomendação para novos estudos desta natureza.

Existem evidências suficientes que indicam que há muito que se fazer no âmbito da educação em saúde, no grupo de pacientes com doenças crônicas e a utilização de questionários específicos são sempre bem-vindos, tanto na pesquisa como na prática assistencial do dia-a-dia, e pode vir a ser tendência atual para contribuir com a assistência a esse grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN THORACIC SOCIETY. Standardization of spirometry: 1994 update. **Am J Respir Crit Care Méd.**, v. 152, p. 1107-1136, 1995.

ANGELINI, L. et al. Programa de educação em asma expositivo é eficaz por curto período de tempo. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 51, nov. 2004. Suplemento.

AZEVEDO, M. J. M; COSTA, N. S. S. Programa de educação em asma para adolescentes. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 117, nov. 2004.

BECKER, A. Educating the asthma educator: an overview of the workshops. **Can Respir J**, v. 3, p. 45-47, nov. 1996. Suplemento A.

BETTENCOURT, A. R. C. et al. Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. **J Bras Pneumol**, v. 28, n. 4, p. 193-199, jul./ago. 2002.

BOUTIN, H. Providing asthma education: the importance of working together. **Can Respir. J**, v. 3, p. 35-37, nov. 1996. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas. **Estatísticas de saúde e mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRICEÑO-LEON, R. Sete teses sobre la educacion sanitaria para la participacion comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-30, mar. 1996.

CAVES, A. J. Asthma education in Alberta. **Can Respir. J**, v. 3, p. 25-27, nov. 1996. Suplemento.

CERCI NETO, A. et al. Programa respira Londrina: a asma inserida no contexto do PSF. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 32, nov. 2004. Suplemento.

CLARK, N. M.; PARTRIDGE, M. R. Strengthening asthma education to enhance disease control. **Chest**, v. 121, n. 5, p. 1661-1669, maio 2002.

CLARK, N. M.; VALÉRIO, M. A. The role of behavioural theories in educational interventions for paediatric asthma. **Paediatric Respiratory Reviews**, v. 4, n. 4, p. 325-333, dez. 2003.

COLOMÉ, C. M. et al. Diretrizes pedagógicas na formação em saúde: buscando uma relação educador/educando de cunho transformador. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, v. 8, n. 1, p. 166-173, jan./abr. 1999.

COREN-SC. **Orientações e legislações sobre o exercício profissional**. 2001.

CSN (Brasil). **Resolução 196/96 de 10 de outubro. Aprovadas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho. 1996.

COSTA, M. R. S. R. et al. Tempo dispendido para obter o controle da asma em um programa estruturado de longa duração. **J Bras Pneumol**, v. 28, n. 2, p. 69, out. 2002. Suplemento.

CÔTÉ, J. et al. Evaluation of two different educational interventions for adult patients consulting with an acute asthma exacerbation. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 163, n. 6, p. 1415-1419, 2001.

CRAPO, R.O.; MORRIS, A. H.; GARDNER, R. M. Reference spirometric values using techniques and equipment that meet ATS recommendations. **Am Rev Respir Dis**, v. 123, p. 659-664, 1981.

DELORS J. et. al. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 1998.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. São Paulo:Papirus, 1996.

De OLIVEIRA, M. A. et al. Evaluation of an educational programme for socially deprived asthma patients. **Eur Respir J.**, v. 14, n. 4, p. 908-914, 1999.

EVANS, D. The impact of asthma health education programs on morbidity, use of emergency health care services and health care costs. **Can Respir. J.**, v. 3, p. 17A-20A , 1996.

FERNANDES, A. L. G. Programas de educação: um dos pilares fundamentais para o controle da asma. **Pneumologia Paulista**, São Paulo, v. 26, p. 5-7, 2004.

FIKS, I. N. et al. Perfil de pacientes com asma em ambulatório de convênios: percepção e conhecimentos da doença, impacto na qualidade de vida e condutas. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 51, nov. 2004. Suplemento.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL Liref". **Rev. Saúde Pública**. V 34, p. 178-83, abr. 2000.

FRANCIONE, F.F.; COELHO M.S.; A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade educativa. **Rev. Texto&Contexto Enferm**. 2004. Jan-mar. 13(1): 156-62.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GINA – Global Initiative for asthma. [homepage on the internet].[update sep 2006]. Bethesda:NHLBI/WHO; 2006. Available from: www.ginasthma.com.

JONES, A. A. et al. Qualitative study of views of health professionals and patients on guided self management plans for asthma. **B.M.J**, v. 321, p. 1507-1510, 2000.

JUNIPER E. F. et al. Identifying 'well-controlled' and 'not well-controlled' asthma using the Asthma Control Questionnaire. **Respiratory Medicine**, v. 100, p. 616-621, 2006.

_____. Measurement properties and interpretation of three shortened versions of the asthma control questionnaire. **Respiratory Medicine**, v. 99, p. 553–558, 2005.

_____. Validation of a standardized version of the asthma quality of life questionnaire. **Chest**, v. 115, p. 1265-70, 1999a.

_____. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. **Eur. Respi J**, v. 14, n. 4, p. 902-907, out. 1999b.

_____. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. **J Clin Epidemiol**, v. 50, n. 3, p. 233-238, mar. 1997.

_____. Quality of life asthma clinical trials: comparison of salmeterol and salbutamol. **Am J. Respir Critcare Med**, v. 151, p. 66-70, 1995.

_____. Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. **J Clin Epidemiol**, v. 47, p. 81-87, 1994.

_____. Measuring quality of life in asthma. **Am Rev. Respir Dis**, v. 147, p. 832-838, 1993.

_____. Evaluations of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. **Thorax**, v. 47, p. 76-83, 1992.

KAMPS, A. W. A.; BRANDT, P. L. P. Education, self-management and home peak flow monitoring in childhood asthma. **Pediatric Respiratory Reviews**, v. 2, n. 2, p. 165-169, jun. 2001.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e modernidade**: presente e futuro da escola. 2. ed. São Paulo: Cortes Autores Associados, 1988.

MACIEL, I. C. F. et al. Vivenciando a educação emancipatória com alunos da graduação: relato de experiência. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, v. 8, n. 1, p. 452-465, jan./abr. 1999.

MALO, J. L. et al. Quality of life of subjects with occupational asthma. **J. Allergy Clin. Immunol.**, v. 91, p. 1121-1127, 1993.

MARCELINO, S. et al. Avaliação em uma perspectiva construtivista: aproximação com o desempenho profissional da enfermagem. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, v. 8, n. 1, p. 93-105, jan./abr. 1999.

MARKS, G. B.; DUNN S. M.; WOOLCOCK, A. J. A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 45, p. 461-471, 1992.

MARQUES, M.; CERCI NETO, A. Proposta de implantação do atendimento de enfermagem no programa de educação de asma em Londrina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 3, p. 52, nov. 2004. Suplemento.

MONTEIRO, E. M. L. M.; NÓBREGA, M. M. L.; LIMA, L. S. Autocuidado e o adulto portador de asma: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 2, p. 134-139, mar./abr. 2002.

MOREIRA, M. A. F. et al. Evolução da qualidade de vida dos pacientes do programa de educação em asma para adultos – PEAA do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 50, nov. 2004a. Suplemento.

_____. Programa de educação em asma para adultos – PEAA do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 51, nov. 2004b. Suplemento.

NASCENTES, R. et al. A correção do uso dos dispositivos inalatórios e o controle da asma brônquica numa população de asmáticos de um HU. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 111, nov. 2004. Suplemento.

NORDENFELT, A. **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Londres: Kluwer Academic Publisher Group, 1994.

OLIVEIRA, M. A. et al. Custo-efetividade de programa de educação para adultos asmáticos atendidos em hospital-escola de instituição pública. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 71-76, mar./abr. 2002.

_____. Evaluation of an Educational Program for Asthma Control in Adults. **Journal of asthma**, v. 34, n. 5, p. 395-403, 1997.

OSTENFELD, E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt, L. **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994. p. 19-33.

PATINES, M. M. et al. Ações desenvolvidas e resultados obtidos por equipe multidisciplinar no atendimento de asma em um centro de saúde pública. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 3, p. 111, nov. 2004. Suplemento.

PENNA, C. M. M.; PINHO, L. M. O. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, v. 55, n. 2, p. 7-12, jan./fev. 2002.

PIZZICHINI, E. Controle da asma e qualidade de vida: condições que podem e devem ser oferecidas à cerca de 9 milhões de brasileiros. **Arq. Cat. Med.**, v. 27, n. 1-4, p. 3-4, jan./dez. 1998.

_____. **Asma em adultos: grau de conhecimento sobre sua doença**. 1989. 110 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PIZZOL, R. J. **Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com asma ocupacional registrados em ambulatório especializado na cidade de São Paulo**. 2000. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ocupacional) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.

PONTE, E.V. et al. Impacto de um programa de tratamento sobre o consumo de recursos na asma grave. **J Bras Pneumol**, n. 30, n. 3, p. 11, nov. 2004. Suplemento.

REA, H. et al. A case-control study of deaths from asthma. **Thorax**, v. 42, p. 833-839, 1986.

REZENDE, A. L. M. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1988.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, L. A.; OLIVEIRA, M. A.; FERNANDES, A. L. G. (2006). Programa de atendimento racional ao asmático. In: NERY, L. E.; FERNANDES, A.L.G.; PERFEITO, J. A. J. **Guia de pneumologia**. São Paulo: Manole, p. 707-714, 2006.

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **J Bras Pneumol.**, v. 32, n. 7, p. 447- 474, 2006. (Suplemento).

_____. III Consenso Brasileiro de Educação em Asma. **J Bras Pneumol**, v. 28, n. 1, Jun. 2002. (Suplemento).

_____. II Consenso brasileiro no manejo da asma. **J Bras Pneumol**, v. 24, n. 4, jul./ago. 1998. (Suplemento).

_____. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma - 1995. **J Bras Pneumol**, v. 22, n. 1, mar. 1996. (Suplemento).

SAUPE, R.; BROCA, G.S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual no cuidados a pessoas em hemodiálise. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, 2004. jan-mar; 13(1):100-6.

SEARS, M. R, Changing patterns of asthma morbidity and mortality. **J. Invest. Allergol Clin. Immunol.**, v. 5, p. 66-72, 1995.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SILVA, D.M.G.V.; SOUZA S.S.; e MEIRELES B.S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, 2004. Jan-mar. 13(1): 50-6.

SILVA, L.C..C; SILVA, L.T.M.C; HETZEL, J.L. **Manual do curso de educação em asma**. São Paulo:Phoenix, 38 p. 2005.

SILVA, L. M. C. et al. Avaliação de um programa de educação em asma baseado em um modelo de intervenção única associado à assistência médica. **J Bras Pneumol**, v. 28, n. 2, p. 69, out. 2002.

STAHL, E. et al. Health-related quality of life in asthma studies. Can we combine data from different countries? **Pulmonary Pharmacology & Therapeutics**, n. 16, p. 53-59, 2003.

STEVENS, C. A. et al. Parental education and guided self-management of asthma and wheezing in the pre-school child: a randomised controlled trial. **Thorax**, v. 57, p. 39-44, 2002.

SUDRE, P. et al. Objectives, methods and content of patient education programmes for adults with asthma: systematic review of studies published between 1979 and 1998. **Thorax**, v. 54, p. 681-687, 1999.

TEIXEIRA, E. R. A subjetividade na enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 233-239, abr./jun. 2000.

TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D.V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, v. 8, n. 1, p. 312-325, jan.abr. 1999.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais emocionais. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, v 13. n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2004.

WEBER, M. B. Tratamento multidisciplinar e qualidade de vida em doentes crônicos. **Diálogo Científico**, v. 1, n. 2, p. 11-12, mar./abr. 2005.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 41-56.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestante de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. Texto&Contexto Enferm**, v. 8, n. 1, p. 203-211, jan./abr. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787
e-mail: pen@nfr.usfc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a fazer parte de uma pesquisa intitulada: “Efeito de uma intervenção educativa individualizada na qualidade de vida de pacientes portadores de asma persistente”, que será conduzida pela Enfermeira Nazaré Otília Nazário, para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem, sob a orientação dos doutores Gelson Luiz de Albuquerque e Márcia Margaret Menezes Pizzichini. Você deve decidir de deseja ou não participar desta pesquisa.

Este documento tem dois objetivos: Primeiro, dar a você informações sobre a pesquisa que está sendo conduzida e dos riscos/benefícios que envolvem a sua participação. Segundo, esse documento descreve que informações sobre você serão obtidas durante a pesquisa, como serão usadas e com quem serão divididas.

Por favor, após a discussão do mesmo com o pesquisador, leia cuidadosamente este termo de consentimento, tire dúvidas e se você concordar em participar desta pesquisa, depois das orientações que recebeu, solicitamos que proceda a assinatura do mesmo.

1. Quais são os objetivos desta pesquisa?

Verificar o efeito da intervenção educativa individualizada na qualidade de vida de pacientes com asma persistente;

Verificar a relação da intervenção educativa individualizada no controle da asma persistente;

Desenvolver módulos de aprendizagem sobre o controle da asma para a intervenção educativa individualizada.

2. Quem pode participar desta pesquisa?

- Pacientes que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Pacientes com idade: acima de 18 anos e alfabetizados.
- Pacientes com diagnóstico clínico de asma confirmado por sintomas e medida objetiva.
- Pacientes com ausência de outras doenças crônicas incapacitantes (Diabete Mellitus, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Insuficiência Renal Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) que possam interferir na avaliação da qualidade de vida.

- Não fumantes ou ex-fumantes de mais de 1 ano com história de consumo de tabaco inferior a 10 maços/ano
- Pacientes sem história de exposição ocupacional.

3. O que você deve fazer durante a pesquisa:

Participar das Consultas de Enfermagem e responder aos questionários sobre Qualidade de Vida em Asma (QQVA) e questionários sobre Controle da Asma (QCA).

4. Quais os riscos e os benefícios que posso vir a ter com minha participação na pesquisa?

Você não estará correndo nenhum risco em participar da pesquisa, e poderá ser beneficiado com a melhoria de sua qualidade de vida.

5. O que será feito com os dados coletados durante a pesquisa?

Os dados coletados durante a pesquisa serão mantidos em sigilo. A divulgação dos resultados da pesquisa não revelará a sua identificação. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, no NUPAIVA – Núcleo de Pesquisa em Asma e Inflamação de Vias Aéreas. Somente as pesquisadoras terão acesso às informações.

Declaro que fui informado, pela enfermeira pesquisadora, sobre os objetivos do mesmo, sobre os critérios de inclusão, sobre o que tenho que fazer para participar da pesquisa, sobre os riscos e benefícios de minha participação e o que será feito com os resultados da pesquisa e concordo em participar da mesma.

Tive tempo para tomar a decisão, bem como chance de fazer questionamentos sobre o estudo. Minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente de que posso interromper a participação no estudo a qualquer momento.

Assinatura do Participante	Data
Assinatura da Pesquisadora	Data

Nota:

1. O presente Termo tem duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse do próprio participante da pesquisa.
2. Este protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

Qualquer dúvida você poderá fazer contato com:

Enfa. Nazaré Otília Nazário – fone 48-3234-7711.

Comitê de Ética da UFSC – fone 48- 3331-9206.

APÊNDICE B – Questionário Geral



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
 Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787
 e-mail: pen@nfr.usfc.br



Questionário Geral

Nome	
Sexo	
Profissão	
Escolaridade	
Renda	
Idade	
Endereço/ Telefone	
Peso	
Altura	
Fumante-maço/ano	
Diagnóstico da Asma	
Sintomas da Asma	
Medicações para Asma (Dose)	
Outras Doenças	
Medicações para outras Doenças (Dose)	

APÊNDICE C - Módulo I e Módulo II

Controlando a Asma: Aprendizagem em Módulos

I – Introdução

Entender a asma envolve muito mais que adquirir informações e habilidades por parte dos pacientes, para o conhecimento sobre a doença, o uso de medicamentos e o manejo de técnicas necessárias ao tratamento. Entender o que é a asma e como conviver com ela requer, acima de tudo, mudanças comportamentais que ajudam os pacientes a evitar a agudização do processo inflamatório. Acredita-se que o conhecimento sobre aspectos básicos de como conviver com a doença possa contribuir para que o paciente asmático se mantenha clinicamente controlado com interferência positiva em sua qualidade de vida e controle da doença.

Com o auxílio de profissionais capacitados os asmáticos podem se envolver ativamente no manuseio de sua condição, prevenindo problemas e vivendo produtivamente, levando uma vida ativa.

A seguir apresentamos 2 módulos de aprendizagem para o controle da asma:

Módulo I: Conhecimento sobre a asma

SUMÁRIO

1. Mecanismo da Respiração

2. O que é a Asma

3. Sinais e sintomas da Asma

4. Controle da Asma: o que é isto?

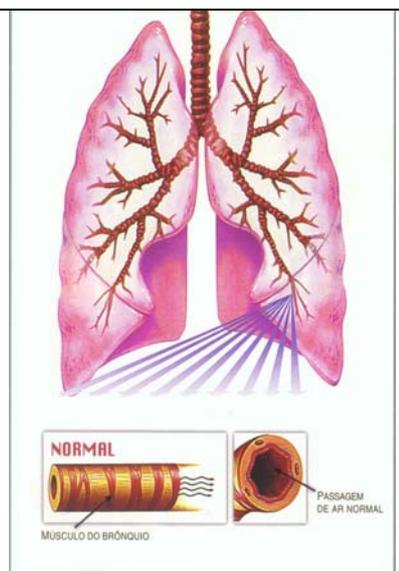
5. Os Gatilhos da Asma

6. O Controle dos Gatilhos da Asma e Práticas Saudáveis

A) Conhecimento sobre a Asma

1. Mecanismo da Respiração:

Durante a respiração normal os brônquios estão bem abertos. Os músculos que envolvem os brônquios estão relaxados e as suas paredes internas livres de muco em excesso. O ar passa através da boca e do nariz até a traquéia e dali até o brônquio principal. Esses tubos, por onde o ar passa, são revestidos por uma membrana que produz muco para reter as substâncias prejudiciais do ar inalado. Do brônquio principal o ar flui por tubos menores e menores até alcançar os bronquíolos. A menor unidade de transporte do ar se encontra no final desta seqüência, em sacos de ar chamados alvéolos. Estes alvéolos têm paredes finas por onde o oxigênio entra na corrente sanguínea para ser levado a todas as partes do corpo. O gás carbônico, que é o resíduo do metabolismo orgânico, passa do sangue para o alvéolo e a partir deste eliminado durante a expiração



2. O que é a asma?

As pessoas que tem asma têm os tubos de ar muito sensíveis, facilmente irritáveis. Neste caso ocorrem três coisas:

A) Broncoespasmo: os brônquios são comprimidos e apertados pelos finos músculos que os envolvem, o que dificulta o movimento de ar. O resultado é o chiado quando o ar força a passagem por estes brônquios estreitados. A respiração torna-se rápida porque não chega ar suficiente nos alvéolos.

Broncoespasmo



B) Aumento da produção de muco: como resultado da irritação os brônquios produzem uma quantidade anormal de muco que acaba por obstruí-los dificultando ainda mais a respiração.

C) Edema (Inchaço): o acúmulo de muco nos tubos de ar leva ao inchaço o que dificulta ainda mais a passagem de ar.

PROCESSO INFLAMATÓRIO

Corte transversal dos brônquios



3. Quais os sinais e sintomas da asma?

Aperto no peito ou opressão

Chiado

Tosse

Falta de ar

Escarro (catarro)

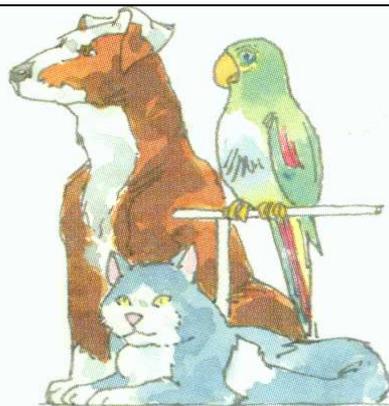
4. O que pode desencadear a crise de asma (os gatilhos)?

A) Substâncias Alérgicas:

a) Ácaros: são pequenos insetos que comem partículas que descamam da pele humana, outros restos alimentares e fungos. Predominam no inverno, em lugares úmidos, escuros e que acumulam pó e alimento, tais como colchões, sofás, carpetes, bichos de pelúcia e cortinas. Quando a exposição é de baixo grau, os pacientes não associam à sintomatologia a exposição que é cumulativa e ocorre principalmente à noite, durante o sono. No caso de exposição de alto nível, como acontece no caso de uma limpeza vigorosa, a sintomatologia pode aparecer logo após as atividades.



b) Cães, Gatos e Pássaros: os pelos e as partículas de animais, oriundas das glândulas sebáceas, também são alérgenos comuns para os asmáticos. Os alérgenos dos gatos permanecem em suspensão e depositam-se, posteriormente, nas paredes e superfícies de mobílias e roupas, o que dificulta a sua limpeza. Os pacientes alérgicos a cães e gatos, geralmente desenvolvem sintomas agudos de asma minutos após entrarem em residência que tenha o animal.



c) Baratas:

Os alérgenos das baratas proliferam em locais quentes e na presença de alimentos. A cozinha é o local preferencialmente escolhido e porque os alérgenos são pesados eles permanecem sobre superfícies destes locais.

d) Pólen e Fungos (Mofo):

O pólen é um alérgeno sazonal (temporário) muito comum; enquanto os fungos, em condições favoráveis, desenvolvem-se em qualquer época do ano. Áreas úmidas, chuveiros, condicionadores de ar e umidificadores são locais importantes para o desenvolvimento dos fungos.

B) Substâncias não alérgicas:

Odores, fumaça do cigarro, poluição do ar e uso de tabaco.

Os asmáticos são muito sensíveis aos poluentes inalados. Os gases resultantes da queima de combustíveis – carro, fogões, aquecedores – resulta em inflamação das vias aéreas. Outro poluente comum é a fumaça do cigarro. O fumo passivo é claramente associado ao risco aumentado de infecções respiratórias, por isso deve ser proibido no interior dos domicílios.



C) Infecção respiratória

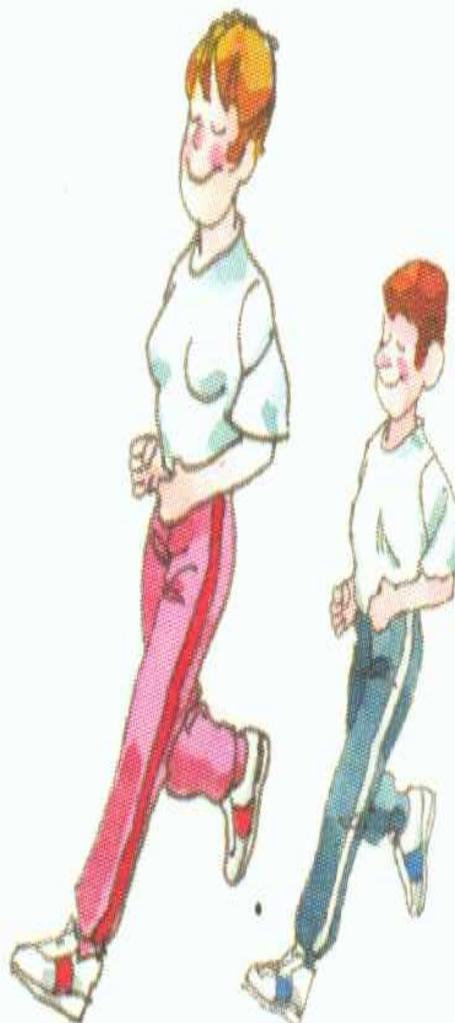
Os vírus respiratórios humanos, causadores de resfriados comuns, podem ser responsáveis por exacerbações agudas da asma. As crises podem ser graves e resultarem em internação. O tratamento depende da gravidade da crise.



D) Exercício:

O exercício e o aumento da frequência respiratória, especialmente durante o tempo frio, irritam os brônquios e causa maior sensibilidade e maior produção de muco o que pode desencadear uma crise de asma. Nos indivíduos com hiperatividade brônquica a atividade física desencadeia um estreitamento agudo das vias aéreas poucos minutos após o exercício. Provavelmente a asma induzida por exercício é desencadeada por perda de água e calor do trato respiratório, necessário para aquecer e umidificar o ar inspirado sob condições de hiperventilação. Os sintomas podem ser clássicos: tosse, dispnéia e sibilância, enquanto outros pacientes podem se queixar apenas de tosse ou falta de ar. Os sintomas podem desaparecer espontaneamente (+/- 1 hora após seu término) ou manifestarem-se novamente após 4 a 10 horas.

As condições do ar inspirado (temperatura e umidade) têm relação direta com o aparecimento da asma. A corrida livre produz asma mais intensa enquanto que a natação é o exercício mais seguro. A asma induzida por exercício é um indicador da falta de controle da doença.

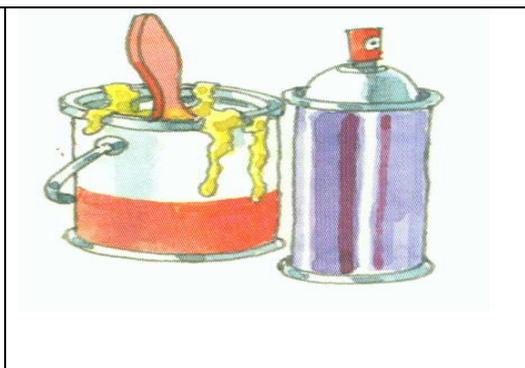


E) Emoção: Os distúrbios emocionais são comuns entre os asmáticos e qualquer reação mais forte pode desencadear uma crise de asma. No entanto, esta causa tem sido menos pesquisada. Exemplos de emoções que podem desencadear uma crise são o choro, o riso e o estresse. O estresse

relacionado à preocupação na vida social ou no trabalho é um poderoso gatilho no desencadear da crise. O mecanismo que vincula o estímulo emocional à resposta da via aérea não foi identificado, acredita-se que é mediado pelo nervo vago. A asma associada com mudanças emocionais como riso e choro podem estar relacionados com a hiperresponsividade das vias aéreas às manobras de inspiração profunda e a inalação de ar frio, mais do que o fator emocional.

F) Sensibilizantes ocupacionais/químicos

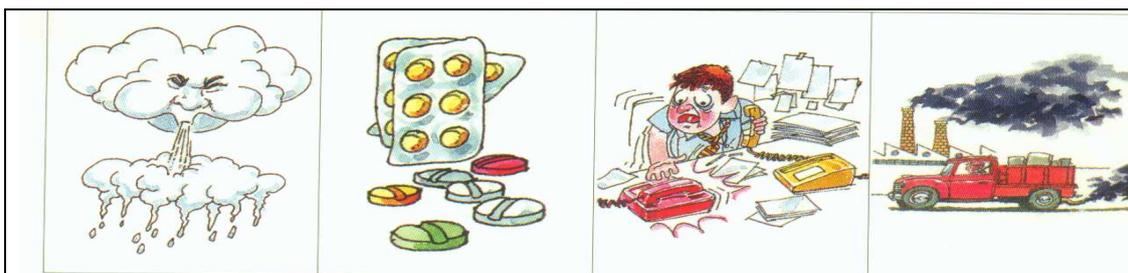
A asma ocupacional é induzida por agentes inaláveis encontrados no ambiente de trabalho, na forma de gases, vapores ou fumo. Muitos são os agentes etiológicos, os mais importantes são: animais de laboratório, poeira de farinha, produtos farmacêuticos, metais (níquel, cromo, platina, zinco, cobalto e alumínio), formaldeído, polipropileno entre outros irritantes.



4. Controle da Asma: O que é isto?

- sintomas mínimos durante o dia e a noite;
- necessidades reduzidas de medicação de alívio;
- exacerbações infreqüentes;
- ausência de limitação das atividades físicas;
- função pulmonar normal.

5. Controle dos Gatilhos da Asma:



Gatilhos Comuns	Soluções
Ácaros	<ul style="list-style-type: none"> • Lave os lençóis e cobertores semanalmente com água quente e seque-os com ar quente ou ao sol. • Cubra travesseiros e colchões com forros adequados. • Troque carpetes e tapetes por piso de madeira ou de cerâmica, especialmente nos quartos. • Use móveis de madeira, vinil ou couro em vez de forros de tecidos. • Use aspiradores com filtro, se possível.

Animais com pêlos	<ul style="list-style-type: none"> • Remova os animais da casa, ou pelo menos dos quartos.
Baratas	<ul style="list-style-type: none"> • Limpe bem a casa e com regularidade. • Use sprays pesticidas, mas tenha certeza de que o paciente não está em casa na hora em que for usá-los.
Mofa	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenha guarda roupas em áreas secas e a casa bem ventilada. • Conserve banheiros e áreas do chuveiro limpo. • Mantenha luz acessa em áreas escuras e úmidas. • Limite o número de plantas na residência. • Reduza a umidade na casa. • Limpe as áreas úmidas freqüentemente.
Cigarro	<ul style="list-style-type: none"> • Não fique próximo de fumantes e em ambientes fechados permaneça em área de não fumantes. • Não use tabaco.
Odores/sprays	<ul style="list-style-type: none"> • Evite locais com odores fortes e se necessário use máscaras. • Ventile ambientes fechados. • Não utilize produtos em aerossol.
Poeira/poluição	<ul style="list-style-type: none"> • Realize limpeza regular da casa. • Mantenha objetos que acumulam poeira em ambientes fechados. • Lave cortinas regularmente. • Evite carpetes e tapetes. • Não realize atividades que envolvam poeira. • Evite ambientes poluídos.
Infecção respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Vacine-se contra gripe. • Tenha higiene pessoal (lavagem das mãos com freqüência).
Exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Não evite a atividade física: os sintomas podem ser prevenidos pelo uso de broncodilatadores de ação rápida antes do exercício vigoroso.
Alimentação/medicação	<ul style="list-style-type: none"> • Evite alimentos e medicamentos que causam alergias. • Não tome beta-bloqueadores, aspirina ou anti-inflamatórios não esteroidais se os mesmos lhe causarem sintomas de asma.
Alterações climáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Agasalhe-se nos dias frios. • Proteja-se do vento, principalmente no outono e na primavera por causa do pólen. • Evite exercícios ao ar livre em dias muito frios.

Práticas saudáveis:

Assim, como em qualquer doença crônica, bons hábitos podem melhorar a asma. Exemplos:

- Durma pelo menos 8 horas diárias,
- Faça ingestão de líquidos com freqüência,
- Mantenha uma alimentação saudável,
- Relaxe e evite o estresse.

Módulo II: Aprendizagem sobre as medicações e sinais de alerta

SUMÁRIO

1. Medicação de Controle e de Resgate (Alívio)
2. Efeitos adversos
3. Dispositivos para uso de medicações
4. Uso de espaçadores
5. Rever técnica para monitoração com Pico de Fluxo Expiratório (PFE)
6. Sinais e sintomas que antecedem uma CRISE DE ASMA?
7. Como tratar a Crise de Asma?
8. Como obter ajuda dos profissionais da saúde?

1. Medicação de Controle e de Resgate (Alívio)

Objetivos

- Prevenir a morte.
- Prevenir risco em longo prazo de limitação persistente ao fluxo de ar.
- Manter o asmático com sintomas ausentes ou mínimos.
- Possibilitar a realização de atividades no trabalho, na escola e no lazer de modo normal.

- Manter a função pulmonar normal ou próxima do normal.
- Permitir a ausência de crises e de idas à emergência e internações hospitalares.
- Diminuir o uso de beta-adrenérgicos de curta duração (medicação de alívio).

A indicação medicamentosa é dividida em duas categorias: de Controle e de Alívio.

Além da medicação diária de controle, Beta2-agonista inalável de ação rápida devem ser usados quando necessário para aliviar sintomas, mas não mais do que 3-4 vezes ao dia.

Medicamentos de Controle	Medicamentos de Resgate (alívio)
<p>A) Corticosteróides Inalatórios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beclometasona (Clenil, Clenil Pulvinal, Miflasona, Beclosol) • Budesonida (Busonid, Pulmicort, Miflonide, Foraseq, Symbicort) • Fluticasona (Flixotide, Seretide) • Flunisolida (Flunitec) • Triancinolona (Azmacort) 	<p>A) Beta-adrenérgicos de curta duração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol (Aerolin, Aerojet, • Fenoterol (Berotec) • Terbutalina (Bricanyl)
<p>B) Corticosteróides Sistêmicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meticorten (prednisona) • Predsin (prednisolona) • Prelone (predinisolona) • Solucortef (hidrocortisona) • Metilprednisolona (Solumedrol) 	<p>B) Anticolinérgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brometo de Ipratrópico isolado (Atrovent) • Brometo de Ipratrópico associado (Duovent, Combivent)
<p>C) Beta2Adrenergicos de Longa Duração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salmeterol (Serevent) • Formoterol (Foradil, Oxis, Fluir) 	

Atenção: Medicamentos para Resgate devem estar sempre disponíveis e usadas se necessário, na menor dose efetiva. O uso freqüente indica falta de controle da doença.

2. Efeitos adversos:

Beta2-agonistas (taquicardia e tremor relacionado à dose).

Anticolinérgicos (secura da boca, evitar spray sobre os olhos).

Corticosteróides inalados (candidíase, rouquidão).

3. Dispositivos para administração de medicação

3.1. Inalador pressurizado (spray, bombinhas)

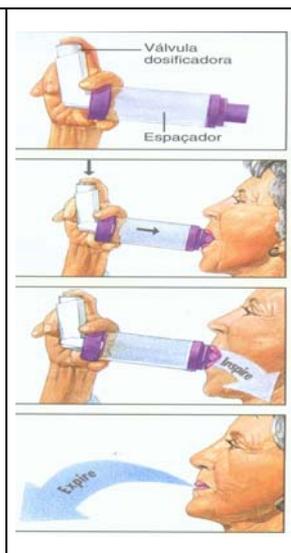
A droga ativa encontra-se em reservatório misturada com propelente substância que efetua a propulsão (ejeção ou saída) controlada de um corpo sólido, surfactante ou lubrificante sob regime de alta pressão.

Técnica para uso do Inalador Pressurizado sem espaçador:

- 1) Agite o inalador durante 5 segundos para misturar o conteúdo;
- 2) Exale o ar dos pulmões (sopre);
- 3) Coloque o inalador há +/- 2 dedos da boca na posição vertical;
- 4) Segure o inalador entre os dedos: indicador e polegar;
- 5) Inicie a inspiração lentamente e acione o inalador;
- 6) Inspire vagarosa e profundamente;
- 7) Segure a respiração por 10 segundos (conte até 10, mentalmente) e após respire normalmente;
- 8) Após 1 minuto repita os passos de 1 a 7.

Técnica para uso do Inalador Pressurizado com espaçador:

- 1) Agite o inalador durante 5 segundos para misturar o conteúdo;
- 2) Encaixe o inalador no espaçador;
- 3) Segure o inalador entre os dedos: indicador e polegar;
- 4) Exale o ar dos pulmões (sopre);
- 5) Coloque o final do espaçador na boca, entre os dentes, feche os lábios em torno do espaçador;
- 6) Respire normalmente acionando o inalador;
- 7) Inspire vagarosa e profundamente;
- 8) Segure a respiração por 10 segundos (conte até 10, mentalmente) e após respire normalmente;
- 9) Após 1 minuto repita os passos de 1 a 8.



3.2. Inaladores de pó seco

Para a liberação da medicação é necessário a criação de um fluxo turbulento no dispositivo, alcançado através do fluxo inspiratório.

Tipos:

A) Turbohaler® é um inalador através do qual a medicação é administrada sem o uso de propelentes

Preparando o dispositivo para uso:



- 1) Retire a tampa do Turbohaler®;
- 2) Segure-o na vertical – no espaço entre o bocal e a base, com essa para baixo;
- 3) Gire a base para um lado, até o final e, em seguida, volte à base para a posição inicial, até ouvir um clique (sinal de que o Turbohaler® está carregado com uma dose);
- 4) Esvazie os pulmões: solte todo o ar antes de colocar o aparelho na boca;
- 5) Coloque o bocal entre os dentes, feche os lábios e inspire pela boca, rápida e profundamente e prenda a respiração por 10 segundos (conte mentalmente até 10);
- 6) Retire o Turbohaler® da boca antes de soltar o ar dos pulmões;
- 7) Limpe o bocal externamente com um pano seco;
- 8) Recoloque a tampa no Turbohaler®;
- 9) Enxágüe a boca sem engolir o líquido do enxágüe e a seguir faça gargarejos.



B) Aerolizer é um sistema que libera doses medicamentosas individualizadas a partir de cápsulas de gelatina perfuradas.

Preparando o dispositivo para uso:

- 1) Retire a tampa do inalador;
- 2) Segure firme a base do inalador e gire o bocal na direção indicada por uma seta;
- 3) Coloque a cápsula na base do inalador;
- 4) Com o inalador na posição vertical, pressione os botões laterais que irão perfurar a cápsula;
- 5) Solte o ar dos pulmões;
- 6) Coloque o bocal do inalador na boca, feche os lábios e inspire de modo rápido e profundo (você ouvirá um som de vibração no inalador);
- 7) Retire o inalador da boca, segure a respiração por 10 segundos (conte até 10 mentalmente);
- 8) Respire normalmente, observe se ainda há pó na cápsula e se houver repita os passos 6 à 8;
- 9) Após o uso, abra o inalador, remova a cápsula vazia e limpe o inalador;
- 10) Enxágüe a boca sem engolir o líquido do enxágüe e a seguir faça gargarejos.



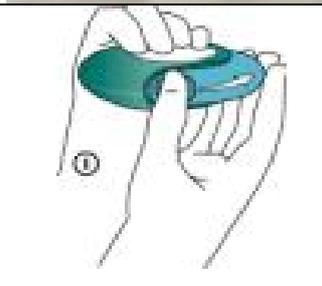
Atenção: Limpeza do inalador:

Faça uso de escova ou pincel macio, remova os resíduos lave o inalador com água corrente e deixe secar.

C) Diskus é um sistema com várias doses do medicamento isoladas.

Preparando o dispositivo para uso:

- 1) Abra o inalador Diskus, posicione o polegar na depressão do inalador e gire a peça até ouvir um click;
- 2) Arme a dose: segure o inalador com o bocal à sua frente e puxe a alavanca até ouvir o segundo click;
- 3) Para inalar, sopra o ar dos pulmões, coloque o bocal nos lábios e inale o mais profundamente possível;
- 4) Retire o inalador da boca e prenda a respiração por 10 segundos (conte até 10 mentalmente);
- 5) Expire lentamente.



4. Uso de espaçadores

Os objetivos para o uso dos espaçadores são:

- Eliminar a necessidade de coordenar o disparo do spray com a inalação do aerossol. O retardo entre o disparo e a inalação resulta em perda substancial da medicação;
- Remoção seletiva de partículas não respiráveis, pois com a redução da velocidade do spray, ocorre evaporação do propelente, produzindo um aerossol mais fino, mais lento e mais respirável, com menor impacto na orofaringe.

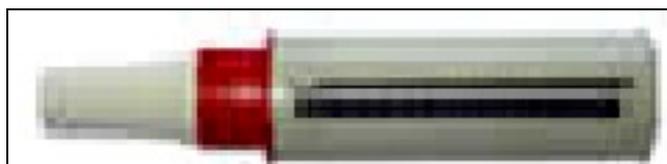
Indicações:

- Facilita a técnica de uso dos nebulímetros (os espaçadores são adaptados nesses dispositivos);
- Reduz a tosse na hipersensibilidade aos propelentes e lubrificantes;
- Reduz a deposição orofaríngea dos corticosteróides inalados.

Cuidados com os Espaçadores:

Lavar e deixar secar para não reduzir o efeito de carga que faz com que maior dose seja alcançada. A secagem manual reduz o efeito de carga.

5. Técnica para monitoração com Pico de Fluxo Expiratório (PFE)



- 1) Fique de pé e segure o medidor sem restringir o movimento do cursor (seta);
- 2) Assegure-se de que o cursor esteja no início da escala numerada;

- 3) Faça uma inspiração profunda, coloque o medidor na boca, aperte seus lábios em torno do bocal e sopra o mais forte possível (expiração forçada inicial máxima);
- 4) Não coloque a língua dentro do bocal;
- 5) Faça a leitura na escala verificando a numeração que o cursor alcançou (faça a leitura no "10" mais próximo do início da escala);
- 6) Recoloque o cursor no zero;
- 7) Repita a medida por duas vezes. Escolha a maior das três medidas para fazer o registro.

Observações:

1. O controle por longo-prazo do PFE é útil, quando avaliado com os sintomas, para analisar a resposta do paciente ao tratamento;
2. A monitoração do PFE também pode ajudar a detectar sinais precoces de deterioração antes que os sintomas apareçam;
3. Anote o valor do PFE quando os sintomas ocorrem e a noite quando despertar com sintomas;
4. A acurácia de todas as medidas de função pulmonar depende do esforço do paciente e da técnica correta.

6. Quais os sinais e sintomas que antecedem uma CRISE DE ASMA?

Os sinais e sintomas podem aparecer horas, dias ou na noite que antecede a crise e são:

- Tosse;
- Aperto no peito;
- Chiado;
- Incapacidade para o exercício;
- Cansaço;
- Pigarro e coceira na garganta;
- Lacrimejamento ocular;
- Febre;
- Boca seca;
- Tristeza/Nervosismo;
- Pulso rápido;
- Obstrução nasal;
- Agitação/inquietação;
- Pele úmida e pegajosa.

7. Como tratar a Crise de Asma?

As crises de asma são classificadas em muito grave, grave, moderada e leve; o tratamento deve ser instituído imediatamente.

A elaboração do Plano de Ação, em conjunto com o paciente, tem a finalidade de possibilitar a monitoração dos sinais, sintomas e pico de fluxo expiratório com a proposta de tratar em casa as crises leves.

8. Como obter ajuda dos profissionais da saúde?

É importante que o indivíduo com asma esteja sob cuidados de um especialista para que a doença possa ser monitorada e tratada imediatamente.

Quando procurar a equipe de saúde?

- a) Quando o chiado piora depois do uso da medicação de resgate (alívio);
- b) Quando a entrada e a saída de ar dos pulmões produzirem um chiado diferente do habitual;
- c) Quando apresentar 30 ou mais movimentos respiratórios por minuto;
- d) Quando apresentar dificuldade para falar ou caminhar na velocidade habitual;
- e) Quando apresentar tiragens intercostais durante a respiração;
- f) Quando apresentar dificuldade para realizar as atividades de rotina;
- g) Quando apresentar sensação de queimação nas narinas;
- h) Quando apresentar lábios e unhas azuladas.

Referências

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **J Bras Pneumol.**, v. 32, n. 7, p. 447- 474, 2006. (Suplemento).

_____. III Consenso Brasileiro de Educação em Asma. **J Bras Pneumol**, v. 28, n. 1, Jun. 2002. (Suplemento).

_____. II Consenso brasileiro no manejo da asma. **J Bras Pneumol**, v. 24, n. 4, jul./ago. 1998. (Suplemento).

_____. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma - 1995. **J Bras Pneumol**, v. 22, n. 1, mar. 1996. (Suplemento).

APÊNDICE D – Folder I

Cigarro	<ul style="list-style-type: none"> • Não fumar. • Evitar ambientes com fumaça de cigarro.
Odores/sprays	<ul style="list-style-type: none"> • Manter ambientes bem ventilados. • Evitar locais com odores fortes e se necessário usar máscaras. • Não utilizar produtos em aerossol.
Poeira/poluição	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar regularmente a casa. • Manter objetos que acumulam poeira em ambientes fechados. • Lavar cortinas regularmente. • Evitar carpetes e tapetes. • Não realizar atividades que envolvam poeira. • Evitar ambientes poluídos.
Exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atividades físicas: sintomas podem ser prevenidos com o uso de broncodilatadores antes do exercício vigoroso.
Alimentação Medicação	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar alimentos e medicamentos que causam alergias. • Não usar beta-bloqueadores ou aspirina ou antiinflamatórios não esteroidais se esses remédios lhe causarem sintomas de asma.
Alterações climáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Agasalhar-se nos dias frios. Proteger-se do vento, principalmente no outono e na primavera por causa do pólen.



Controlando a Asma
Aprendizagem em Módulos

Nazaré Otília Nazário
 Enfermeira Pesquisadora
 Programa de Pós Graduação
 em Enfermagem
 UFSC

Módulo I: Conhecimento sobre a asma

Módulo I: Conhecimento sobre a Asma

I – Introdução

Entender a asma envolve muito mais que adquirir informações e habilidades por parte dos pacientes, para o conhecimento sobre a doença, o uso de medicamentos e o manejo de técnicas necessárias ao tratamento. Entender o que é a asma e como conviver com ela requer, acima de tudo, mudanças comportamentais que ajudam os pacientes a evitar a piora da inflamação. Estes aspectos podem contribuir para que o paciente asmático se mantenha clinicamente controlado com interferência positiva em sua qualidade de vida.

Com o auxílio de profissionais capacitados os pacientes asmáticos podem se envolver ativamente no manuseio de sua condição crônica de doença, prevenindo problemas, vivendo produtivamente e levando uma vida ativa.

A) Conhecimento sobre a Asma

1. Mecanismo da Respiração:

Durante a respiração normal os brônquios estão bem abertos. Os músculos que envolvem os brônquios estão relaxados e as suas paredes internas livres de muco em excesso. O ar passa através da boca e do nariz até a traquéia e dali até o brônquio principal. Esses tubos, por onde o ar passa, são revestidos por uma membrana que produz muco para reter as substâncias prejudiciais do ar inalado. Do brônquio principal o ar flui por tubos menores e menores até alcançar os bronquíolos. A menor unidade de transporte do ar se encontra no final desta seqüência, em sacos de ar chamados alvéolos. Estes alvéolos têm paredes finas por onde o oxigênio entra na corrente sanguínea para ser levado a todas as partes do corpo. O gás carbônico, que é o resíduo do metabolismo orgânico, passa do sangue para os alvéolos e a partir destes é eliminado durante a expiração.

2. O que é a asma?

As pessoas que tem asma têm uma inflamação nos brônquios (tubos que transportam o ar). Os tubos ficam muito sensíveis e irritáveis. Neste caso ocorrem três coisas:

A) Broncoespasmo: os tubos de ar são comprimidos e apertados pelos finos músculos que os envolvem, o que limita o fluxo de ar. O resultado é o chiado quando o ar força a passagem por estes estreitos tubos. A respiração torna-se curta porque não chega ar suficiente aos alvéolos.

B) Aumento da produção de muco: como resultado da irritação, os brônquios produzem uma quantidade anormal de muco que acaba por obstruir os tubos de ar dificultando ainda mais a respiração.

C) Edema (Inchaço): o acúmulo de muco nos tubos de ar leva ao inchaço o que dificulta ainda mais a passagem de ar.

3. Quais os sinais e sintomas da asma?

- Falta de ar

- Chiado

- Aperto no peito

- Tosse

- Catarro

4. Controle da Asma: O que é isto?

O controle da asma consiste:

- sintomas mínimos durante o dia e a noite;

- necessidades reduzidas de medicação de alívio;

- exacerbações infreqüentes;

- ausência de limitação das atividades físicas;

- função pulmonar normal.

5. Controle dos Gatilhos da Asma:



Gatilhos Comuns	Soluções
Ácaros	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar os lençóis e cobertores semanalmente com água quente e secá-los com ar quente ou ao sol. • Cobrir travesseiros e colchões com forros adequados. • Trocar carpetes e tapetes por piso de madeira ou de cerâmica, especialmente nos quartos. Usar vinil ou couro em vez de forros de tecidos. • Usar aspiradores com filtro, se possível.
Animais com pêlos	<ul style="list-style-type: none"> • Remover os animais da casa, ou pelo menos dos quartos.
Baratas	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar bem a casa e com regularidade. • Usar sprays pesticidas, mas evitar que o paciente esteja no ambiente quando do seu uso.
Mofo	<ul style="list-style-type: none"> • Manter banheiros e áreas do chuveiro limpas. • Manter guarda roupas em áreas secas. • Manter casa ventilada. Limitar o número de plantas na residência. • Manter luz acesa em áreas escuras e úmidas.
Infecção respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Ter higiene pessoal (lavagem das mãos com freqüência). • Vacinar-se contra gripe.

APÊNDICE E – Folder II

8. Quando obter ajuda dos profissionais da saúde?

- a) Quando o chiado piora depois do uso da medicação de resgate (alívio).
- b) Quando a entrada e a saída de ar dos pulmões produzem um chiado diferente do habitual.
- c) Quando apresentar 30 ou mais movimentos respiratórios por minuto.
- d) Quando apresentar dificuldade para falar ou caminhar na velocidade habitual.
- e) Quando apresentar tiragens intercostais durante a respiração.
- f) Quando apresentar dificuldade para realizar as atividades de rotina.
- g) Quando apresentar sensação de queimação nas narinas
- h) quando apresentar lábios e unhas azuladas



Controlando a Asma ***Aprendizagem em Módulos***

Nazaré Otilia Nazário
Enfermeira Pesquisadora
Programa de Pós Graduação
em Enfermagem
UFSC

**Módulo II: Aprendizagem sobre as
medicações e sinais de alerta**

Módulo II: Aprendizagem sobre as medicações e sinais de alerta

1. Medicação de Controle e de Resgate (Alívio)

A indicação medicamentosa é dividida em duas categorias: de Controle e de Alívio.

Além da medicação diária de controle (corticoesteróides inalatórios) a medicação de resgate (alívio) deve ser usada quando necessário para aliviar sintomas, mas não mais do que 3-4 vezes ao dia.

Atenção: Medicações para Resgate devem estar sempre disponíveis e usadas se necessário, na menor dose efetiva. O seu uso freqüente indica falta de controle da doença.

2. Efeitos adversos:

Broncodilatadores (taquicardia e tremor relacionado à dose);

Anticolinérgicos (secura da boca, evitar spray sobre os olhos);

Corticosteróides inalados (candidíase, rouquidão).

3. Dispositivos para administração de medicação

3.1. Inalador pressurizado (spray, bombinhas)

A droga ativa encontra-se em reservatório misturada com propelente (substância que efetua a saída controlada de um corpo sólido), surfactante ou lubrificante sob regime de alta pressão.

3.2. Inaladores de pó seco

Para a liberação da medicação é necessário a criação de um fluxo turbulento no dispositivo, alcançado através do fluxo inspiratório do paciente.

Tipos:

A) Turbohaler®: é um inalador através do qual a medicação é administrada sem o uso de propelentes

B) Diskus: é um sistema com várias doses do medicamento isoladas.

C) Aerolizer: é um sistema que libera doses medicamentosas individualizadas a partir de cápsulas de gelatina perfuradas quando se comprime as laterais do dispositivo.

4. Objetivos para o uso de espaçadores:

- Eliminar a necessidade de coordenar o disparo do spray com a inalação do aerossol (o retardo entre o disparo e a inalação resulta em perda substancial da medicação).
- Remover as partículas não respiráveis, pois com a redução da velocidade do spray, ocorre evaporação do propelente, produzindo um aerossol mais fino, mais lento e mais respirável, com menor impacto na orofaringe.

Indicações para o uso de espaçadores:

- Facilita a técnica de uso do dispositivo (os espaçadores são adaptados nestes).
- Reduz a tosse na hipersensibilidade aos propelentes e lubrificantes.
- Reduz a deposição orofaríngea dos corticoesteróides inalatórios.

Cuidados com os Espaçadores:

Lavar e deixar secar para não reduzir o efeito de carga que faz com que maior dose seja alcançada. A secagem manual reduz o efeito de carga.

5. Técnica para monitoração com Pico de Fluxo Expiratório (PFE)

1) Fique de pé e segure o medidor sem restringir o movimento do cursor (seta).

2) Assegure-se de que o cursor esteja no início da escala numerada.

3) Faça uma inspiração profunda, coloque o medidor na boca, aperte seus lábios em torno do bocal e sopre o mais forte possível (expiração forçada inicial máxima)

4) Faça a leitura na escala, verificando a numeração que o cursor alcançou.

5) Recoloque o cursor no zero.

6) Repita a medida por duas vezes. Escolha a maior das três medidas e faça o registro.

Observações:

A. O controle por longo-prazo do PFE é útil, quando avaliado junto com os sintomas, para considerar a resposta do paciente ao tratamento.

B. Monitorar o PFE também pode ajudar a detectar sinais precoces de piora antes que os sintomas apareçam.

C. Anote o valor do PFE quando os sintomas ocorrem e a noite quando despertar com sintomas.

D. A acurácia de todas as medidas de função pulmonar depende do esforço do paciente e da técnica correta.

7. Quais os sinais e sintomas que antecedem uma **CRISE DE ASMA?**

Estes sinais podem aparecer em horas, dias ou na noite que antecede a crise:

Aperto no peito

Cansaço e chiado

Pigarro e coceira na garganta

Obstrução nasal

Tosse

Incapacidade para o exercício

Olhos lacrimejando

Boca seca

Pulso rápido

Tristeza/Nervosismo

Agitação/inquietação

APÊNDICE F – Cartão de Tratamento da Asma



NUPAIVA – HU/UFSC
Núcleo de Pesquisa em Asma e
Inflamação de Vias Aéreas

CARTÃO DE TRATAMENTO DA ASMA

Nome: _____

POR FAVOR, LEVE O CARTÃO DE
TRATAMENTO DA ASMA EM CADA
CONSULTA!

NUPAIVA – HU/UFSC

FONE: (48) 3234-7711

Nazaré Otília Nazário
Enfermeira Pesquisadora
Programa de Pós –Graduação em
Enfermagem – UFSC.

Medicação de Tratamento Regular

Medicamento Inalado	Dose	Número de vezes/dia

Medicação de Alívio

Medicamento Inalado	Dose

Use a medicação de alívio sempre que necessário (chiado, aperto no peito, cansaço e tosse).

O que fazer se você piorar?

Se qualquer uma destas coisas acontecer:

1. Aumento do uso da medicação de alívio (2x/dia durante 2 dias consecutivos por piora dos sintomas) OU,
2. Piora dos sintomas ao acordar + despertares noturnos com sintomas. E,
3. PFE menor que: _____.

Aumentar o tratamento regular para:

Medicamento Inalado	Dose	Número de vezes/dia

Faça isso até que você volte ao seu normal, depois retorne ao tratamento regular.

Se você apresentar escarro amarelo ou esverdeado, use:

Se você continuar a piorar e:

1. Usar a medicação de alívio 8x/dia
2. Piorar dos sintomas
3. Acordar a noite com sintomas
4. Piorar dos sintomas ao acordar
5. PFE menor que: _____.

Use: Prednisona 20 mg – Via Oral – Tomar 1 e ½ comprimido por dia, durante 7 dias.

Se você continuar a piorar e os sintomas não melhorarem em 3 dias, procure o NUPAIVA.

APÊNDICE G

Tabela 4: Escores global e por domínio do QQVA apresentados individualmente nas visitas 1 e 3 – Grupo Intervenção

P	Visita 1					Visita 3				
	SINT	LA	FEMO	EAMB	QVT	SINT	LA	FEMO	EAMB	QVT
01	5,30	5,90	6,20	6,25	23,65	6,16	6,27	6,80	7,00	26,23
02	5,08	4,27	4,40	4,25	18,00	7,00	7,00	7,00	7,00	28,00
03	5,91	4,81	5,80	5,00	21,52	6,41	5,63	6,80	5,75	24,59
04	5,33	5,81	6,00	4,75	21,89	6,00	6,27	6,40	5,00	23,67
05	4,33	3,90	3,60	3,00	14,83	4,66	3,90	4,80	3,50	16,86
06	7,00	6,72	6,80	7,00	27,52	6,33	6,45	6,20	6,25	25,23
07	5,16	5,00	5,40	5,75	21,31	6,33	6,45	6,20	6,25	25,23
08	3,00	2,90	4,20	1,75	11,85	6,25	4,72	7,00	2,50	20,47
09	4,58	4,00	1,60	4,75	14,93	5,41	5,63	4,20	5,75	20,99
10	6,33	4,72	5,40	4,00	20,45	5,75	5,63	5,40	4,75	21,53
11	4,16	2,36	3,20	1,50	11,22	4,00	2,81	2,80	2,50	12,11
12	5,66	5,45	5,20	5,25	21,56	5,25	4,75	5,40	4,75	20,12
13	5,41	5,81	6,60	6,75	24,57	4,91	5,09	6,00	5,25	21,25

Os dados estão apresentados como média. P: paciente; SINT: sintomas; LA: limitação das atividades; FEMO: função emocional e EAMB: estímulo ambiental; QVT: qualidade de vida total.

APÊNDICE H

Tabela 5: Escores global e por domínio do QQVA apresentados individualmente nas visitas 1 e 3 – Grupo Controle

	Visita 1					Visita 3				
	SIN	LA	FEM O	EAM B	QVT	SIN	LA	FEM O	EA MB	QVT
01	4,00	3,36	3,20	3,00	13,56	1,70	2,45	1,80	2,50	8,45
02	6,66	5,45	6,40	6,00	24,51	6,25	5,09	6,60	6,25	24,19
03	2,00	2,27	2,00	1,75	8,02	1,91	1,90	2,20	1,25	7,25
04	4,58	2,18	3,60	1,50	11,86	4,91	3,45	3,80	1,75	13,91
05	5,08	4,00	5,40	4,50	18,98	5,16	3,72	4,40	3,25	16,53
06	3,66	4,27	3,60	6,00	15,19	3,80	4,90	2,60	6,25	17,55
07	3,66	2,81	3,00	1,50	10,96	3,66	3,45	2,20	2,75	12,06
08	4,58	2,45	2,20	1,75	10,98	3,75	2,36	2,20	2,00	10,31
09	6,41	5,72	6,00	5,75	23,88	7,00	6,09	7,00	5,75	25,84
10	5,16	3,63	5,40	4,00	18,19	5,16	3,45	6,80	3,75	19,16
11	6,33	3,27	4,00	5,75	19,35	5,83	4,81	6,40	5,25	22,29
12	3,83	2,00	1,60	2,00	9,43	1,50	2,72	1,20	1,00	6,42
13	3,83	2,63	2,40	1,00	9,86	3,66	2,72	1,80	1,00	9,18
14	4,75	3,54	4,20	3,25	15,74	7,00	7,00	7,00	7,00	28,00
15	6,16	3,54	4,40	5,50	19,60	7,00	6,45	6,60	7,00	27,05
16	3,00	2,54	2,20	2,25	9,99	3,33	2,27	2,40	1,75	9,75
17	5,50	5,36	4,80	5,25	20,91	6,58	5,18	7,00	6,50	25,26

Os dados estão apresentados como média. P: paciente; SINT: sintomas; LA: limitação das atividades; FEMO: função emocional e EAMB: estímulo ambiental; QVT: qualidade de vida total.

APÊNDICE I

Tabela 7: Pontuação individual do QCA nas visitas 1 e 3 – Grupo Intervenção

P	Visita 1							Visita 3						
	A C Q 1	A C Q 2	A C Q 3	A C Q 4	A C Q 5	A C Q 6	A C Q 7	A C Q 1	A C Q 2	A C Q 3	A C Q 4	A C Q 5	A C Q 6	Q C Q 7
01	0,0	2,0	1,00	0,00	2,00	1,0	3,00	0,00	1,00	00,0	0,00	1,00	0,00	3,00
02	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	3,00
03	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	4,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00
04	1,00	1,00	0,00	1,00	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
05	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	0,00	5,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	0,00	5,00
06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,0	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	2,00
07	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	0,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00
08	2,00	2,00	0,00	1,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00
09	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00
10	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
11	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	6,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	0,00	6,00	6,00
12	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	2,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00
13	0,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	4,00	0,00	1,00	0,00	2,00	3,00	1,00	4,00

Os dados estão apresentados como média. P: paciente; ACQ1: despertares noturnos; ACQ2: sintomas ao despertar; ACQ3: limitação das atividades; ACQ4: dispnéia; ACQ5: sibilância; ACQ6: uso de broncodilatador; ACQ7: VEF₁ (volume expirado forçado no primeiro segundo).

APÊNDICE J

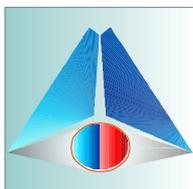
Tabela 8: Pontuação individual do QCA nas visitas 1 e 3 – Grupo Controle

P	Visita 1							Visita 2						
	A C Q 1	A C Q 2	A C Q 3	A C Q 4	A C Q 5	A C Q 6	A C Q 7	A C Q 1	A C Q 2	A C Q 3	A C Q 4	A C Q 5	A C Q 6	A C Q 7
01	0,00	3,00	2,00	1,00	3,00	1,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00	1,00	3,00
02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	4,00
03	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	4,00	3,00	3,00	4,00
04	0,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	5,00	0,00	2,00	3,00	3,00	3,00	1,00	3,00
05	1,00	3,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	0,00	1,00	3,00
06	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,00	3,00	2,00
07	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	3,00	0,00	3,00
08	1,00	3,00	2,00	4,00	1,00	3,00	3,00	0,00	3,00	2,00	3,00	2,00	1,00	4,00
09	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	3,00
10	0,00	2,00	3,00	3,00	0,00	1,00	5,00	0,00	2,00	3,00	3,00	0,00	0,00	5,00
11	0,00	0,00	4,00	0,00	2,00	0,00	4,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	0,00	4,00
12	4,00	5,00	1,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	6,00
13	0,00	2,00	4,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	2,00	2,00	0,00	2,00
14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00
15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00
16	5,00	5,00	4,00	5,00	4,00	0,00	4,00	0,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,00	2,00
17	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	3,00

Os dados estão apresentados como média. P: paciente; ACQ1: despertares noturnos; ACQ2: sintomas ao despertar; ACQ3: limitação das atividades; ACQ4: dispnéia; ACQ5: sibilância; ACQ6: uso de broncodilatador; ACQ7: VEF₁ (volume expirado forçado no primeiro segundo).

ANEXOS

ANEXO A – Diário de Controle da Asma.



NUPAIVA
Núcleo de Pesquisa em Asma e Inflamação das Vias Aéreas
Departamento de Clínica Médica – Disciplina de Pneumologia
Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina

DIÁRIO DE CONTROLE DA ASMA

Número do Estudo:

Iniciais: |_|_|_|_|

Número de
Randomização:

|_|_|_|_|_|_|_|

The asthma control diary is copyrighted. It may not be altered, sold (paper or electronic), translated or adapted for another medium without the permission of Elizabeth Juniper. (This translation has been made possible through a grant from Elizabeth Juniper.)

Iniciais do paciente _____ DIÁRIO DA MANHÃ

Por favor, faça seu teste de sopro e complete o diário antes de tomar sua medicação da manhã para asma.

Escreva o número que melhor descreve como sua asma tem estado durante a noite e esta manhã.

(pense sobre como sua asma tem estado desde que você completou seu diário na noite passada).

Data	D/M/A						
Medida de Pico de Fluxo Expiratório Por favor, registre o melhor dos três sopros antes de usar qualquer medicação para asma.							
Quão freqüentemente você acordou, por causa da sua asma, durante a noite? 0 nunca 1 uma vez 2 poucas vezes 3 algumas vezes 4 muitas vezes 5 muitíssimas vezes 6 incapaz de dormir devido à asma							
Quão ruins foram seus sintomas da asma quando você acordou esta manhã? 0 nenhum sintoma 1 sintomas muito leves 2 sintomas leves 3 sintomas moderados 4 sintomas um tanto graves 5 sintomas graves 6 sintomas muito graves							

Iniciais do paciente _____ DIÁRIO NOTURNO

Por favor, escreva o número que melhor descreve como sua asma tem estado durante o dia de hoje.

(pense sobre como sua asma tem estado desde que você completou seu diário esta manhã).

Data	D/M/A						
Quão limitado você tem estado em suas atividades hoje por causa de sua asma? 0 nada limitado 1 muito pouco limitado 2 pouco limitado 3 moderadamente limitado 4 muito limitado 5 extremamente limitado 6 totalmente limitado							
Quanto de falta de ar você sentiu hoje? 0 nenhuma 1 muito pouca 2 alguma 3 moderada 4 bastante 5 muita 6 muitíssima							

Iniciais do paciente _____ DIÁRIO NOTURNO

Por favor, escreva o número que melhor descreve como sua asma tem estado durante o dia de hoje,
(pense sobre como sua asma tem estado desde que você completou seu diário esta manhã).

Data	D/M/A						
Quanto tempo você teve chiado hoje? 0 nunca 1 quase nunca 2 pouco tempo 3 algum tempo 4 muito tempo 5 maioria tempo 6 sempre							
Por favor, registre o número total de jatos/inalações de broncodilatador (ex: Aerolin) que você usou nas últimas 24 horas.							

Iniciais do paciente _____ DIÁRIO NOTURNO

QUESTIONÁRIO DE TOSSE

Por favor, responda as seguintes questões sobre sua tosse nas últimas 24 horas.

Data	D/M/A						
Você tosse durante o dia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
SE A REPOSTA FOR POSITIVA, POR FAVOR, RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO:							
Quanto a tosse incomoda você? 0 nada 1 muito pouco 2 um pouco 3 moderadamente 4 bastante 5 muito 6 muitíssimo							
Sua tosse faz você acordar a noite?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
Você elimina algum catarro?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
Qual a cor do seu catarro? 1. transparente 2. branca 3. amarela 4. verde 5. outra							

ANEXO B – Questionário sobre Qualidade de Vida em Asma (QQVA)

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM ASMA

A SER PREENCHIDO PELO PACIENTE

PORTUGUESE VERSION FOR BRAZIL

© 1991
QOL TECHNOLOGIES INC.

Para mais informações:

Elizabeth Juniper, MCSP, MSc
Professor
Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics
McMaster University Medical Centre, Room 2C10
1200 Main Street West
Hamilton, Ontario, Canada L8N 3Z5
Telephone: (905) 525-9140 22153
Fax: (905) 577-0017
E-mail: juniper@fhs.csu.mcmaster.ca
<http://www-fhs.mcmaster.ca/hrqol/qolintro.htm>

This translation has been made possible
through a grant from Pfizer.
Translated by Mapi Research Institute
Senior translators: Marcos Bosi Ferraz,
Marcia and Emilio Pizzichini

© O AQLQ tem direito autoral. Ele não pode ser alterado, vendido (papel ou eletrônico), traduzido ou adaptado para outro meio sem permissão de Elizabeth Juniper.

ATIVIDADES

Nós gostaríamos que você pensasse como a asma limita sua vida. Nós estamos particularmente interessados nas atividades que você ainda faz, mas que estão limitadas por causa de sua asma. Você pode estar limitado porque você faz essas atividades menos frequentemente, ou não tão bem, ou porque elas são menos prazerosas. Nós estamos interessados nas atividades que você faz com frequência e que são importantes na sua vida diária. Estas deveriam também ser as atividades que você pretende fazer regularmente através do estudo.

Por favor, pense sobre todas as atividades que você tem feito durante as últimas 2 semanas, nas quais você esteve limitado por causa de sua asma.

Aqui está uma lista das atividades nas quais algumas pessoas com asma são limitadas. Nós esperamos que isto ajude você a identificar as 5 atividades mais importantes nas quais você tem estado limitado por causa de sua asma durante as duas últimas semanas.

1. FAZER SUAS ATIVIDADES NO TRABALHO	16. LAVAR O CARRO
2. ANDAR DE BICICLETA	17. CANTAR
3. DANÇAR	18. JOGAR FUTEBOL
4. FAZER REPAROS EM CASA	19. ATIVIDADE SEXUAL
5. FAZER O TRABALHO DE CASA	20. DORMIR
6. CUIDAR DO JARDIM / LIMPAR O QUINTAL	21. FALAR
7. ESTAR APRESSADO	22. SUBIR ESCADAS OU MORRO CORRENDO
8. FAZER EXERCÍCIOS OU CORRER	23. PASSAR ASPIRADOR DE PÓ
9. DAR RISADAS	24. VISITAR AMIGOS OU PARENTES
10. ESFREGAR OU LIMPAR O CHÃO	25. SAIR PARA UMA CAMINHADA
11. CORTAR A GRAMA	26. SUBIR ESCADAS OU MORRO
12. BRINCAR COM ANIMAIS DOMÉSTICOS	27. PARTICIPAR DE ATIVIDADES SOCIAIS REGULARES
13. BRINCAR COM CRIANÇAS OU NETOS	28. USAR TRANSPORTE PÚBLICO
14. PRATICAR ESPORTES	
15. FAZER COMPRAS E CARREGAR SACOLAS	

Escreva suas 5 atividades na próxima página

DE MODO GERAL, QUANTO TEMPO DURANTE AS 2 ÚLTIMAS SEMANAS VOCÊ:

	Sempre	Quase sempre	Bastante Tempo	Algum Tempo	Pouco Tempo	Quase Nunca	Nunca
	1	2	3	4	5	6	7
13. Sentiu-se FRUSTRADO (por que você não pode fazer o que você gosta) por causa de sua asma?	<input type="checkbox"/>						
14. Teve uma sensação de PESO NO PEITO?	<input type="checkbox"/>						
15. Sentiu-se PREOCUPADO QUANTO A NECESSIDADE DE USAR MEDICAÇÃO para sua asma?	<input type="checkbox"/>						
16. Sentiu a necessidade de PIGARREAR?	<input type="checkbox"/>						
17. Sentiu sintomas da asma como RESULTADO DE ESTAR EXPOSTO A POEIRA?	<input type="checkbox"/>						
18. Teve DIFICULDADE PARA SOLTAR O AR por causa de sua asma?	<input type="checkbox"/>						
19. Teve que EVITAR UMA SITUAÇÃO OU AMBIENTE DEVIDO A POEIRA?	<input type="checkbox"/>						
20. ACORDOU DE MANHÃ COM SINTOMAS DA ASMA?	<input type="checkbox"/>						
21. Sentiu MEDO DE NÃO TER <u>DISPONÍVEL</u> SUA MEDICAÇÃO PARA ASMA?	<input type="checkbox"/>						
22. Se sentiu incomodado por <u>RESPIRAÇÃO DIFÍCIL</u> ?	<input type="checkbox"/>						

DE MODO GERAL, QUANTO TEMPO DURANTE AS 2 ÚLTIMAS SEMANAS VOCÊ:

QUÃO LIMITADO VOCÊ TEM ESTADO DURANTE AS 2 ÚLTIMAS SEMANAS?

	<u>Não fez a maioria</u>		Fez algumas		Fez a maioria		Sem limitação
	1	2	3	4	5	6	7
31. Pense em TODO TIPO DE ATIVIDADE que você gostaria de ter feito durante as 2 últimas semanas. O quanto suas atividades têm sido limitadas pela sua asma?	<input type="checkbox"/>						

	Totalmente Limitado	Extremamente Limitado	Muito Limitado	Moderadamente Limitado	Pouco Limitado	Muito Pouco Limitado	Nada Limitado
	1	2	3	4	5	6	7
32. De modo geral, entre TODAS AS ATIVIDADES que você tem feito durante as 2 últimas semanas, o quão limitado você tem estado por causa de sua asma?	<input type="checkbox"/>						

CÓDIGO DAS ÁREAS

Sintomas: 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30

Limitação de atividades: 1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32

Função emocional: 7, 13, 15, 21, 27

Estímulo ambiental: 9, 17, 23, 26

ANEXO C – Questionário Controle da Asma.

QUESTIONÁRIO SOBRE CONTROLE
DA ASMA

PORTUGUESE VERSION FOR BRAZIL

© 1997
QOL TECHNOLOGIES INC.



Para maiores informações

Elizabeth Juniper, MCSP, MSc
Professor
Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics
McMaster University Medical Centre, Room 2C10
1200 Main Street West
Hamilton, Ontario, Canada L8N 3Z5
Telephone: (905) 525-9140 22153
Fax: (905) 577-0017
E-mail: juniper@fhs.csu.mcmaster.ca
<http://www-fhs.mcmaster.ca/hrqol/qolintro.htm>

This translation has been made possible through a grant from Pfizer. Translated by Mapi Research Institute
Senior translators: Marcos Bosi Ferraz, Marcia and Emilio Pizzichini

SETEMBRO 1998

Por favor, responda as questões de 1 a 6.

Circule o número da resposta que melhor descreve como você tem estado durante os últimos sete dias.

- | | |
|---|--|
| 1. Em média, durante os últimos sete dias, o quão frequentemente você se acordou, por causa de sua asma, durante a noite? | 0 Nunca
1 Quase nunca
2 Poucas vezes
3 Várias vezes
4 Muitas vezes
5 Muitíssimas vezes
6 Incapaz de dormir devido a asma |
| 2. Em média, durante os últimos sete dias, o quão ruins foram os seus sintomas, da asma, quando você se acordou pela manhã? | 0 Sem sintomas
1 Sintomas muito leves
2 Sintomas leves
3 Sintomas moderados
4 Sintomas um tanto graves
5 Sintomas graves
6 Sintomas muito graves |
| 3. De modo geral, durante os últimos sete dias, o quão limitado você tem estado em suas atividades, <i>por causa de sua asma?</i> | 0 Nada limitado
1 Muito pouco limitado
2 Pouco limitado
3 Moderadamente limitado
4 Muito limitado
5 Extremamente limitado
6 Totalmente limitado |
| 4. De modo geral, durante os últimos sete dias, o quanto de falta de ar, você teve por causa de sua asma? | 0 Nenhuma
1 Muito pouca
2 Alguma
3 Moderada
4 Bastante
5 Muita
6 Muitíssima |
| 5. De modo geral, durante os últimos sete dias, quanto tempo você teve chiado? | 0 Nunca
1 Quase nunca
2 Pouco tempo
3 Algum tempo
4 Bastante tempo
5 Quase sempre
6 Sempre |
| 6. Em média, durante os últimos sete dias, quantos jatos de sua bombinha de | 0 Nenhum
1 1 - 2 bombadas na maioria dos dias |

broncodilatador (ex: Aerolin) você usou por dia?	2	3 - 4 bombadas na maioria dos dias
	3	5 - 8 bombadas na maioria dos dias
	4	9 - 12 bombadas na maioria dos dias
	5	13 - 16 bombadas na maioria dos dias
	6	Mais que 16 bombadas na maioria dos dias

Para ser completado por um membro da equipe clínica

7. VEF ₁ pre-broncodilatador	0	> 95% predito
	1	95 - 90%
VEF ₁ predito	2	89 - 80%
	3	79 - 70%
VEF ₁ %predito	4	69 - 60%
(Anote os valores obtidos nas linhas pontilhadas e o valor do VEF ₁ % predito na coluna ao lado)	5	59 - 50%
	6	< 50% predito

© O questionário sobre Asma tem direitos autorais. Ele não pode ser alterado, vendido (papel ou eletrônico), traduzido ou adaptado para outro meio sem a permissão de Elizabeth Juniper.