

EDUCAÇÃO INTEGRADA NO MANEJO DAS ALERGIAS RESPIRATÓRIAS

FÁTIMA EMERSON

RESUMO

As manifestações alérgicas respiratórias, representadas pela asma brônquica, rinosinusite alérgica e suas comorbidades, são responsáveis por uma porcentagem significativa do atendimento médico, seja no setor público ou privado, atingindo crianças e adultos. Asma e rinite constituem doenças crônicas usualmente não-agressivas em curto prazo, mas que paradoxalmente poderão envolver um nível de gravidade variável e resultar em alta interferência na qualidade de vida do paciente. No caso da asma, soma-se a possibilidade de morte na vigência de uma exacerbação.

A educação integrada ao tratamento das doenças respiratórias alérgicas é condição vital e fundamental para conquistar adesão do paciente e para atingir sucesso terapêutico. Consiste na aplicação de medidas motivacionais e informativas (individuais ou em grupo), visando o cumprimento correto de prescrições, bem como estímulo à aquisição de habilidades que resultem na mudança de hábitos e cumprimento global das medidas terapêuticas.

A educação integrada ao atendimento do portador de doença alérgica respiratória crônica é indubitavelmente necessária para modificar

o curso da doença e conquistar sucesso no seu tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Rinite alérgica; Asma brônquica; Educação; Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

As manifestações alérgicas respiratórias, representadas pela asma brônquica, rinosinusite alérgica e suas comorbidades são responsáveis por uma porcentagem significativa do atendimento médico, seja no setor público ou privado, atingindo crianças e adultos. Dados de prevalência não são exatos e provavelmente subestimados, em virtude da tendência mostrada por pacientes e profissionais de saúde em minimizar a doença, retardando muitas vezes o reconhecimento precoce e o tratamento adequado.

A constatação do subdiagnóstico começa pela asma, ainda comumente identificada por sinônimos como “bronquite asmática”, “bronquite alérgica” e tem continuidade na rinite alérgica, confundida com “resfriados ou gripes repetidas”; expondo o desconhecimento destas manifestações alérgicas por uma parte significativa da população brasileira¹¹.

À luz dos conhecimentos atuais, estas doenças não têm cura definitiva, mas estudos

são unânimes em enfatizar que o tratamento adequado é capaz de proporcionar seu controle, ocasionando uma significativa redução de sofrimento e custos, além de um ganho na qualidade de vida dos pacientes. Contudo, esta meta só será atingida com a adesão e colaboração ativa do paciente e de seus cuidadores, sendo a educação a base para alcançar este objetivo.

2. ASMA E RINITE: DIFICULDADES ENVOLVIDAS

Asma e rinite constituem doenças crônicas usualmente não-agressivas em curto prazo, mas que paradoxalmente poderão envolver um nível de gravidade variável e resultar em alta interferência na qualidade de vida do paciente. No caso da asma, soma-se a possibilidade de morte na vigência de uma exacerbação. Esta dualidade expressa a complexidade do problema, gerando algumas considerações^{2,3,5}:

- O caráter multifatorial da asma e da rinite faz com que um indivíduo geneticamente predisposto, em resposta a um fator desencadeante expresse a doença, mas que posteriormente pode ser modulada por este ou por outro fator agravante.
- A expressão clínica é variável, englobando desde casos leves e restritos até situações graves e ameaçadoras à vida.
- A gravidade da doença não se relaciona diretamente com o controle. Esta afirmação é comprovada por estudo realizado em jovens portadores de asma com menos de 20 anos de idade, que evidenciou que cerca de 33% das mortes ocorrem em portadores de asma leve⁹.
- A associação da asma com a rinosinusite pode resultar em aumento da gravidade e de reflexos na qualidade de vida^{6,12}.
- As consequências da rinite alérgica podem aumentar de gravidade quando se adicionam comorbidades, como as infecções respiratórias recorrentes, a obstrução nasal persistente e a respiração oral.

Em resumo, a aquisição de novos fármacos e variadas modalidades terapêuticas, e o maior conhecimento dos novos mecanismos imunopatogênicos envolvidos nas doenças alérgicas respiratórias não se acompanhou do controle dessas doenças. A ameaça continua sem controle.

A Organização Mundial de Alergia (*World Allergy Organization – WAO*) publicou recentemente um relatório (“*State of World Allergy Report*”) sobre a extensão da alergia e doenças respiratórias crônicas em todo o mundo, constatando um aumento substancial da prevalência destas doenças nos últimos 30 anos¹⁵. Estima-se que 400 milhões de pessoas em todo o mundo tenham rinite alérgica e 300 milhões de pessoas tenham asma, com um custo econômico estimado maior do que o da tuberculose e o do HIV/AIDS juntos^{2,5,14}.

Um dos resultados do relatório é que enquanto a incidência da alergia e doenças afins tem aumentado substancialmente, o número de profissionais de saúde treinados no diagnóstico e tratamento de alergias diminuiu, contribuindo para a dificuldade do controle clínico.

Onde está o erro? No paciente? No profissional de saúde? No sistema de saúde? Todas as respostas^{4,8,10}?

O caminho lógico é apontar falhas em cada estágio. É imprescindível motivar a discussão sobre a necessidade de um projeto de educação integrada ao atendimento clínico de cada paciente.

3. O PAPEL DA EDUCAÇÃO: PROPOSIÇÕES

A educação integrada ao tratamento das doenças respiratórias alérgicas é condição vital e fundamental para conquistar adesão do paciente e para atingir sucesso terapêutico. Consiste na aplicação de medidas motivacionais e informativas, visando o cumprimento correto de prescrições, bem como estímulo à aquisição de habilidades que resultem na mudança de hábitos e cumprimento global das medidas terapêuticas^{1,2,3,4,5,8}.

Ressalta-se a importância da multidisciplinaridade da educação em asma, estimulando a participação ativa dos profissionais de saúde na atenção ao asmático, nos diversos níveis educativos, complementando e ampliando o alcance terapêutico do médico.

A meta do programa é obter a colaboração ativa do paciente, o que se traduz em motivá-lo para que adquira a competência necessária para colocar em prática as técnicas de controle da doença.

Para que estes objetivos sejam alcançados, faz-se necessário formar técnicos em educação terapêutica, ou seja, desenvolver aptidões específicas como educadores em médicos e profissionais de saúde. Para alcançar este objetivo, destacam-se:

a) Capacitar médicos especialistas ao tratamento da asma e rinite baseado nos consensos mais atuais, englobando:

- Treinamento para diagnóstico precoce e preciso;
- Estímulo à utilização de métodos espirométricos na classificação da gravidade e no manejo clínico da doença;
- Uso racional e precoce do corticosteroide sistêmico nas exacerbações;
- Utilização precoce da medicação anti-inflamatória e profilática;
- Ênfase ao controle não farmacológico de fatores agravantes, comorbidades e medidas de controle ambiental.

A consulta ao especialista é o ponto de partida para a relação com o paciente e para conquistá-lo na adesão ao tratamento. A postura amigável, acessível, explicando a doença e esclarecendo dúvidas, estabelece de forma positiva este primeiro vínculo^{3,7}. A partir daí, facilita-se o desenvolvimento das etapas terapêuticas subsequentes.

b) Capacitar médicos não especialistas e profissionais de saúde, em especial aqueles que tenham contato direto com o asmático, para incluir a educação em

sua rotina de trabalho e para que participem ativamente da pré e pós consulta em sintonia com o médico especialista.

Destaca-se:

- Conhecer a doença e as opções terapêuticas de maneira geral;
- Combater preconceitos, em especial quanto às medicações inaladas e a corticofobia;
- Transmitir ao paciente a confiança e a necessidade do tratamento contínuo;
- Treinamento de métodos de higiene, controle ambiental, técnicas de medida de pico de fluxo expiratório (PFE) e inaloterapia.
- Capacitar pacientes e cuidadores para reconhecer a doença e para um automanejo supervisionado, sendo os pontos básicos⁷:
- Conhecer a doença: caráter inflamatório, crises e períodos assintomáticos;
- Identificar fatores agravantes, entender seu papel na gênese de crises e saber como controlá-los. Conhecer a importância do controle ambiental;
- Saber monitorizar sintomas, com ou sem o medidor de PFE;
- Valorizar sintomas nasais, como parte de uma enfermidade que afeta toda a via aérea;
- Reconhecer sintomas de piora e necessidade de atendimento de emergência;
- Reconhecer e diferenciar medicamentos de alívio e preventivos; - Saber como usar seu plano individualizado de ação.

Aceitar a doença crônica é um passo decisivo para a reabilitação do paciente, mas não é fácil. A aceitação pode ser positiva e resultar em uma atitude cooperativa e de adesão ao tratamento¹⁶. Atitudes negativas podem se traduzir em posturas irrealistas, negação e medo da doença¹³. Por tudo isso, a capacitação do asmático em tomar atitudes

efetivas no seu tratamento, em especial nas crises, é fundamental para que adquira a segurança e para que se torne um verdadeiro parceiro do médico e da equipe de saúde.

- c) Educar a população, combatendo preconceitos e comportamentos de risco, utilizando recursos de mídia para divulgação de dados corretos sobre a asma, formas de prevenção e tratamento.
- e) Educar legisladores – conscientizá-los sobre os altos índices de morbidade e significativos custos da doença, visando a instituição efetiva do Plano Nacional de Asma e do fornecimento da medicação na rede pública, através de leis eficazes que protejam o asmático em seu direito básico de atenção à saúde^{7,8}.

4. MÉTODOS PARA APLICAÇÃO DE UMA EDUCAÇÃO INTEGRADA

4.1. EDUCAÇÃO INDIVIDUAL

A consulta médica é um momento importante, onde a relação estabelecida entre o médico e o paciente será a base para a adesão à prescrição. Para isso, são importantes os seguintes aspectos^{2,3,5}:

- Ouvir o paciente, obtendo assim os dados necessários para individualização da doença, isto é, reconhecimento da gravidade e dos fatores agravantes próprios a fim de que se estabeleça um plano terapêutico personalizado, tanto para exacerbações como para períodos intercrises;
- Adaptar o tratamento à realidade de cada indivíduo: horário, número de doses, tipo de inalador, custo, etc;
- Em cada retorno, repetir os pontos mais importantes, com ênfase na técnica correta de uso dos inaladores e nas medidas de controle de agravantes;
- Verificar se objetivos estabelecidos foram

atingidos e programar novas metas.

O médico deve se colocar acessível ao diálogo com o paciente para que ele possa expressar seus sentimentos e a fim de identificar sua habilidade em colocar em prática o plano de ação e as medidas recomendadas. Contudo, a educação individual do paciente pode ser feita pelo médico e/ou pelo profissional de saúde utilizando-se informações escritas e personalizadas, bem como pela utilização de recursos audiovisuais, vídeos ou multimídia. O acompanhamento regular permite o reforço das mensagens educativas, bem como para avaliar o nível de qualidade de vida do paciente.

4.2. EDUCAÇÃO EM GRUPO

A formação de grupos para educação em asma pode ser útil para pessoas com dificuldade em se expressar e para que o paciente sinta que não está só, motivando sua participação^{3,5}. Por outro lado, implica em algumas dificuldades, como, por exemplo, selecionar o grupo (homogêneo ou heterogêneo) e estabelecer o objetivo da aula de acordo com os interesses da plateia.

Uma alternativa válida é formar grupos pequenos e focar temas específicos que interessem aos membros. Sessões interativas de discussão cumprem bem este objetivo, permitindo a participação ativa do paciente, estimulando depoimentos pessoais e debate entre os membros do grupo.

Uso de recursos audiovisuais engloba diversos formatos visando conquistar a atenção e participação ativa do paciente. Incluem-se folhetos, jogos educativos, vídeos, CD-ROM e dinâmicas de grupo, entre outros.

4.3. INFORMAÇÃO ESCRITAS

Uma forma de colocar em prática o auto-manejo supervisionado da doença respiratória é através da elaboração de um Plano de Ação individualizado, utilizando informações escritas que orientem o paciente a tomar decisões no decorrer do seu tratamento^{2,3}.

O uso do plano supervisionado de ação permite que o próprio paciente reconheça e

contorne as pequenas crises, evitando a visita indesejada ao pronto-socorro. Assim, minimiza-se a interferência da doença em suas atividades e permite-se uma melhor convivência em seu meio social.

Contudo, a realidade de cada pessoa é única. Alguns pacientes se adaptam bem ao plano de ação e devem ser encorajados a cumpri-lo. Outros, por questões culturais e/ou pessoais, não têm capacidade em gerir decisões. Desta maneira, o uso do plano de ação também deve ser individualizado.

O plano de automanejo deve orientar de forma clara ao paciente a manutenção contínua da medicação, assim como, a saber, como ajustá-la nos momentos de agravamento. Da mesma forma, deverá orientar o reconhecimento dos sintomas para que saiba o momento de procurar socorro médico.

5. AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO

A análise da efetividade do processo educativo pode ser realizada pelo médico especialista, a partir do comportamento de dados objetivos como:

1. Análise dos escores sintomáticos, medidas de PFE e de sintomas noturnos;
2. Análise das atividades diárias e qualidade de vida de cada paciente;
3. Número de visitas não agendadas;
4. Necessidade de atendimento em setores de emergência;
5. Análise da qualidade de vida.

6. CONCLUSÃO

As doenças alérgicas tornaram-se mais prevalentes, mais complexas e mais graves nas últimas décadas. A avaliação dos fatores causais é motivo de discussão e estudos. Dados apontam para diversas estratégias terapêuticas, mas convergem no que diz respeito à participação do paciente como elemento fundamental do processo.

A educação integrada ao atendimento do portador de doença alérgica respiratória crônica é indubitavelmente necessária para modificar o curso da doença e conquistar sucesso no seu tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ARCANJO, L.C., EMERSON F., NEM T. et al. Tratamento da asma. In: *Alergia Clínica, Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2007, p. 266-9.
2. ASBAI, SBP, SBPT. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *Rev. bras. alerg. Imunopatol.*, v. 29, n. 5, p. 222-44, 2006.
3. BACHARIER, L.B. (Org.). Diagnosis and treatment of asthma in childhood. PRACTALL consensus report. *Allergy*, v. 63, n. 1, p 5-34, 2008.
4. BENDER, B. Overcoming barriers to non adherence in asthma treatment *J All Clin Immunol* v.109 n. 6 p. 554-9, 2002.
5. BOUSQUET J. (Org.). Global strategy for asthma management and prevention updated 2008. Disponível em www.ginasthma.org.
6. BOUSQUET, J., DEMOLY, P. Links between allergic rhinitis and asthma still reinforced. *Allergy*, v. 63, n.3, p. 251-4, 2008.
7. EMERSON, F., TEBYRIÇÁ, J.N. Educação e asma. *Rev. bras. alerg imunopatol* v. 21 n. 6 p. 209-17, 1998.
8. FERNANDES, A. (Org.). I Consenso Brasileiro de Educação e Asma. *J Pneumol*. V. 22 (Supl 1) p.1-24, 1996.
9. HALM, E., MORA, P., LEVENTHAL, H. No Symptoms, No Asthma: The Acute Episodic Disease Belief Is Associated With Poor Self-Management Among Inner-City Adults With Persistent Asthma. *Chest*, v.129, n. 3, 2006.
10. HOLGATE, S.T. Exacerbations: the asthma paradox. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v.172 n8, p. 941-3, 2005.
11. MIRANDA, P., EMERSON, F.; RIOS, J.B. Nível de conhecimento de médicos generalistas e especialistas sobre o tratamento da asma. *Rev. Bras.alerg. imunopatol*, v. 24, n.1, p.13-10, 2001.
12. MITKA, M. New evidence-based guidelines focus on treatment of children with asthma. *JAMA*, v. 299, n.1 p.1122-3, 2008.
13. NAOMI, D. RICHARDSON, M.S. Patient-Focused Care Using the Right Tools. *Chest*, v.130, n.1, 2006.
14. NUNES I.C., WANDALSEN G. F., MELO

- K.C. et al. Prevalência da Asma e sintomas relacionados entre escolares de S Paulo, Brasil: 1996-1999- estudo da hiper-reatividade brônquica entre adolescentes asmáticos e não asmáticos - International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Rev. Bras. Alerg. Imunopatol, v. 24, p. 77-89, 2001.
15. PAWANKAR R., CAGNANI – BAENA C. E., BOUSQUET J. et al. State of World Allergy Report 2008: Allergy and Chronic Respiratory Diseases. World Allergy Org. Journal, v.1, n 6, p. S4-S17, 2008.
16. SARTI, C.A., BORBA, R. A asma infantil e o mundo social e familiar da criança. Rev. bras. alerg. Imunopatol, v. 28, n. 5, p. 249-54, set 2005.

ABSTRACT

Allergic respiratory manifestations, represented by bronchial asthma, allergic rhinosinusitis and associated manifestations, are responsible for significant percentage of medical care, either in public or private sector, reaching children and adults. Asthma and rhinitis usually constitute non-aggressive chronic illnesses in short term, but they can involve a level of

changeable gravity with the resulting high interference in the quality of life of patients. In the case of asthma, it is added the possibility of death during an exacerbation.

Integrated education to the treatment of the respiratory allergic diseases is a basic condition to achieve adhesion of patients and to reach therapeutical success. It consists of application of motivational and informative measures (in an individual or group fashion), aiming to educate patients to correct adhesion to prescriptions, as well as to the acquisition of abilities that result in change of habits.

The integrated education of allergic respiratory patients is doubtlessly necessary to modify the course of illnesses and to conquer success in its treatment.

KEYWORDS: Allergic rhinitis; Bronchial asthma; Education; Quality of life.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

EDUARDO COSTA DE FREITAS SILVA

Mestre em Imunologia Clínica pela UFRJ
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde da Diretoria
Geral de Saúde do CBMERJ
Chefe do Setor e Coordenador do Curso de
Aperfeiçoamento em Alergia e Imunologia Clínica
do HU Pedro Ernesto/UERJ.

Endereço para correspondência:
Setor de Alergia e Imunologia – HU Pedro Ernesto.
Av. 28 de setembro, 77/3º andar, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-030
Telefones: (21) 2587-6631, (21) 2587-6414 -
E-mail: eduardocostamd@hotmail.com

ARTIGO 1: RINITE ALÉRGICA E COMORBIDADES

EDUARDO COSTA DE FREITAS SILVA

(Vide Editorial)

ARTIGO 2: EXAME DA CAVIDADE NASAL E TRATAMENTO CIRÚRGI- CO DA OBSTRUÇÃO NASAL

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

Mestre em ORL pela UFRJ

Doutor em ORL pela USP
Livre -Docente em ORL pela UERJ e pela UNIRIO
Professor Associado de ORL da FCM/UERJ

Endereço para correspondência:
Unidade Docente-assistencial de ORL – HU Pedro
Ernesto.
Av. 28 de Setembro, 77/5º andar, Vila Isabel.
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-030
Telefones.: (21) 2587-6220, (21) 2587-6210
E-mail: rcmeirelles@gmail.com

ARTIGO 3: Asma Brônquica

EDUARDO COSTA DE FREITAS SILVA

(Vide Editorial)

ARTIGO 4: DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO FUNCIONAL DA ASMA BRÔNQUICA

Agnaldo José Lopes

Doutor em Medicina pela FM/UERJ
Professor Adjunto da Disciplina de Pneumologia
da FCM/UERJ.
Chefe do Setor de Provas de Função Pulmonar do

HU Pedro Ernesto/UERJ

Endereço para correspondência:
Unidade Docente-assistencial de Pneumologia –
HU Pedro Ernesto.
Av. 28 de Setembro, 77 /2º andar, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ, CEP 20551-030
Telefone: (21) 2587-6537
E-mail: phel.lop@uol.com.br

José Manoel Jansen

Professor Titular da Disciplina de Pneumologia da
FCM/UERJ.

Endereço para correspondência:
Unidade Docente-assistencial de Pneumologia –
HU Pedro Ernesto.
Av. 28 de Setembro, 77/2º andar, Vila Isabel.
Rio de Janeiro - RJ, CEP 20551-030
Telefone: (21) 2587-6537

ARTIGO 5: ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: PANORAMA ATUAL

Solange O. R. Valle

Mestre em Imunologia pela UFRJ
Médica do Serviço de Imunologia do Hospital
Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ
Médica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de
Janeiro.

Endereço para correspondência:
Rua Miguel Lemos, 44 / sala 1002, Copacabana.
Rio de Janeiro - RJ, CEP: 22071-000
Telefone: (21) 2521- 2649
E-mail: rodriquesvalle@terra.com.br

Alfeu T. França

Livre-docente em Imunologia pela FM/UFRJ
Chefe do Serviço de Alergia do Hospital São
Zacharias

Endereço para correspondência:
Av. Carlos Peixoto, 124, Botafogo.
Rio de Janeiro - RJ, CEP: 22290-090
Telefone: (21) 2295 4848
E-mail: alfeu@hucff.ufrj.br

ARTIGO 6: SINUSITE FÚNGICA ALÉRGICA - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

EDUARDO COSTA DE FREITAS SILVA

(Vide Editorial)

ARTIGO 7: IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA EM ALERGIA RESPIRATÓRIA

EDUARDO COSTA DE FREITAS SILVA

(Vide Editorial)

ARTIGO 8: TERAPIA ANTI-IGE EM ALERGIA RESPIRATÓRIA

Nelson Guilherme Cordeiro

Médico da Clínica de Alergia da Policlínica Geral
do Rio de Janeiro

Endereço para correspondência:
Av. Nilo Peçanha, n. 38 / sobreloja, Centro
Rio de Janeiro - RJ, CEP 20020-100
Telefone: (21) 2517 4200
E-mail: nelsongbc@uol.com.br

EDUARDO COSTA DE FREITAS SILVA

(Vide Editorial)

ARTIGO 9: : EDUCAÇÃO INTEGRADA NO MANEJO DAS ALERGIAS RESPIRATÓRIAS

Fátima Emerson

Médica da Clínica de Alergia da Policlínica Geral
do Rio de Janeiro.

Endereço de correspondência:
Av. Nilo Peçanha, n. 38 – sobreloja – Centro – Rio
de Janeiro - RJ, CEP 20020-100
Telefone: (21) 2517 4200
E-mail: femerson@gmail.com