



# Esclarecer o asmático melhora sua adesão ao tratamento?

Estamos agindo da maneira correta?

Hisbello S. Campos

## RESUMO

O autor comenta a abordagem educativa do asmático, enfocando os obstáculos à adesão ao tratamento. Apresenta e discute os processos habituais de esclarecimento ao asmático, encarados como fundamentais para aumentar os níveis de adesão ao tratamento, colocando em dúvida sua efetividade e propondo sua rediscussão.

## ABSTRACT

The author comments the educations of the asthmatic, focusing on the barriers to the adherence to the treatment. He presents and discusses the habitual processes for educating the asthmatic, seen as vital steps for enhancing compliance, raising questions about its efficacy and proposing its rediscussion.

*Palavras-chaves:* Aderência ao tratamento; educação em asma.

*Key-words:* Enhancing compliance; asthma education.

## Introdução

Muito se fala do "paradoxo da asma": apesar do desenvolvimento de fármacos efetivos para o tratamento da asma e do crescente conhecimento sobre os mecanismos celulares envolvidos, tanto a morbidade como a mortalidade da doença vêm aumentando em diversos locais e em determinados grupos etários. Possivelmente, nossa falência em conseguir que cada asmático identificado siga as orientações terapêuticas é um dos fatores envolvidos não apenas na mortalidade por asma como na baixa qualidade de vida dos asmáticos,

sujeitos às limitações impostas pela doença mal controlada. É óbvio que o custo da medicação inalatória é um obstáculo significativo à adesão ao tratamento para parcela significativa da população. Entretanto, mesmo entre aqueles que podem pagar por seu tratamento, a adesão é baixa. Quais seriam as outras razões para os baixos índices de cumprimento das orientações/prescrições médicas na maior parte do mundo. Certamente, conceitos errôneos (como "asma não tem cura", por exemplo), o longo tempo necessário de tratamento medicamentoso, a complexidade dos es-

1. Pneumologista.

2. Neurologistas.

Consultores do SLEEP - Laboratório de Estudos do Distúrbios do Sono - Centro Médico BarraShopping - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Av. Américas 4666 clínica 306A. E-mail: sleep@cmb.com.br - Home Page: www.cmb.com.br

Agradeço à Maria Beatriz C. Campos pela revisão gramatical deste texto.

Artigo recebido para publicação no dia 13/09/1998 e aceito no dia 20/12/1998, após revisão.

quemias terapêuticas e das técnicas de administração dos remédios, as mudanças comportamentais e ambientais necessárias e imprescindíveis, aliados a algumas particularidades da doença, como a) períodos espontâneos de remissão total dos sintomas; b) cronicidade da sintomatologia levando o asmático a "conviver naturalmente" com restrições leves da doença são importantes razões envolvidas. Excetuando-se o problema "custo da medicação", como contornar os demais para assegurar adesão satisfatória ao tratamento por parte do asmático? Acredita-se que o esclarecimento adequado do asmático, conscientizando-o da importância de sua participação ativa na condução do manejo de sua doença, e capacitando-o para tal, seja uma boa resposta para essa questão. Entretanto, mesmo nos locais onde as ações educativas desenvolvem-se regularmente, as taxas de adesão podem ser baixas. Então, educar/esclarecer não basta? Ou será que as estratégias educativas empregadas são inadequadas para o objetivo final?

### O processo de educação/esclarecimento na adesão ao tratamento

Um dos principais fatores responsáveis por não se atingir os resultados desejados no tratamento da asma é a não adesão do asmático à rotina terapêutica. É indiscutível que inúmeros fatores induzem ao seu abandono (Quadro 1). Por essa razão, nos Consensos, é dada ênfase ao aspecto educacional, através do qual o asmático deveria adquirir a competência necessária para participar ativamente da condução de seu tratamento. Acredita-se que, de posse do conhecimento necessário, o asmático compreenda a necessidade de seguir as recomendações médicas com maior fidelidade. Entretanto, não estamos atingindo resultados favoráveis na maior parte das vezes. Talvez, mesmo

se excluídos o custo e a complexidade do tratamento, ainda assim os objetivos não seriam alcançados. E quais as razões? Um profissional de saúde não consciente de seu papel de educador, e apenas um artífice do diagnóstico e prescritor de remédios? Em grande parte das situações, o melhor remédio não é um fármaco. Raramente os asmáticos recebem material escrito (impressos educativos), informações sobre os remédios que serão prescritos. A ausência de possibilidades técnicas de educar o asmático de forma a capacitá-lo da forma ideal seria uma outra razão? Alguns relatos na literatura contradizem essa questão. Poderia ser a não personificação dos objetivos a serem alcançados com cada paciente? De modo geral, todos os que trabalham com asma conhecem os "Objetivos do tratamento" definidos em todos os Consensos (Quadro 2). Será que objetivos assim definidos, sem consulta prévia ao maior interessado, são os reais objetivos do paciente asmático com seu tratamento? O próprio esquema terapêutico empregado na asma é um fator importante de abandono. Fazer uma inalação correta a partir de um nebulímetro não é simples e requer adestramento psicomotor. A via inalatória não é uma boa maneira de administrar remédios, sob o ponto de vista do usuário. A complexidade do esquema, com múltiplos remédios, doses e horários diferenciados, eficácia nem sempre perceptível, efeitos indesejáveis aparentes são fatores importantes na decisão de parar com a medicação. O longo tempo (meses a anos) necessário para assegurar qualidade de vida aceitável em parcela significativa dos asmáticos é outro fator importante. Como focar essas questões de modo a garantir que o asmático continue usando a medicação prescrita por períodos longos. Essas, e muitas outras questões devem estar envolvidas na maior parte de nossos fracassos terapêuticos. Ocupar parte de nosso tempo refletindo sobre elas, promovendo experi-

Quadro 1

*Alguns fatores relacionados com a não-adesão ao tratamento da asma*

Custo	Definição imprópria dos objetivos do tratamento
Medo da "bombinha"	Expectativas diferentes (profissional de saúde/paciente)
Medo de efeitos indesejáveis	Falhas na comunicação médico-paciente
Gravidade dos efeitos indesejáveis	Falhas na relação médico-paciente
Complexidade do esquema terapêutico	Dificuldade na localização do remédio
Tempo de tratamento	Subestimação da gravidade da doença
Não gostar de remédios	Estigmatização
Medo de interações com outros medicamentos	Revolta com a condição ou com o tratamento
Esquecimento	Fatores culturais
	Fatores religiosos

Quadro 2  
Objetivos do tratamento da asma (GINA, Consensos) (1)

Sintomas crônicos mínimos (idealmente nenhum), incluindo sintomas noturnos.	Sem limitação de atividades físicas, incluindo o exercício.
Crises mínimas (infreqüentes).	Variabilidade do pico de fluxo expiratório < 20%.
Sem necessidade de idas ao Pronto-Socorro.	Função pulmonar normal (ou próxima).
Necessidade mínima de b2 de alívio.	Efeitos adversos mínimos (ou ausentes) da medicação.

mentações controladas, certamente auxiliará a todos. Fazer com que nossos pacientes sintam que estamos comprometidos com seu bem-estar, com o controle de sua doença com certeza melhorará nossa relação com eles e aumentará o grau de seguimento completo de nossas recomendações.

O processo educacional inclui o processo de comunicação. De nada adianta definir exatamente quais as aptidões e os conhecimentos necessários, se não são transmitidos da maneira correta. Considera-se que o processo de educar, de esclarecer o asmático sobre os complexos mecanismos envolvidos em sua doença e em seu tratamento deva ser produto de um trabalho de equipe: médicos, enfermeiras, terapeutas, educadores, psicólogos, sociólogos e comunicólogos. Diz-se que os elementos básicos nesse processo são: 1) Desenvolvimento de parceria; 2) Aceitação de que é um processo continuado; 3) Troca de informações; 4) Discussão ampla das expectativas e 5) Expressão dos medos e preocupações. Define-se que o paciente requer informações sobre: 1) Diagnóstico; 2) Diferenças entre remédios de "alívio" e "preventivos"; 3) Treinamento para usar os inaladores; 4) Aconselhamento sobre prevenção (higiene ambiental); 5) Indicativos de piora da asma; 6) Treinamento no monitoramento e 7) Como e quando procurar atendimento médico. Assim, nesse processo, o paciente requereria: 1) um plano de auto-manejo e 2) supervisões, revisões, reforços e encorajamento periódicos. Na teoria, tudo isso é perfeito, cobre todas as áreas importantes; na prática, não vem alcançando os resultados desejados. Por quê? Será que isso indica que deveríamos repensar algumas de nossas ações nesse sentido, avaliar outras perspectivas de comunicação? Quem sabe não importa tanto explicar sobre patologia do broncoespasmo, sobre inflamação, etc? Nenhuma publicidade de Coca-Cola fala sobre as características do produto, apenas liga seu uso a coisas agradáveis e desejáveis; e é um dos produtos mais consumidos no mundo.

O primeiro passo no processo de "convencimento" do asmático deveria ser a "negociação" sobre os resultados esperados com seu tratamento. Classicamente, prevenir os sintomas agudos e crônicos, mantendo a função pulmonar o mais próxima possível do normal e permitir atividades físicas rotineiras, com poucos efeitos indesejáveis da medicação utilizada, são os objetivos definidos habitualmente. Definidas as "medidas de desfecho" a serem atingidas, traça-se a "estratégia" para alcançá-las. Nesse ponto, deve-se aliar a prevenção dos fatores ambientais desencadeadores de sintomas asmáticos à terapia medicamentosa. A partir daí, a maior parte dos "ensinamentos" segue-se naturalmente. Eles incluem "que remédio usar", "como usar", "quando usar esse ou aquele medicamento", "como reconhecer a deterioração da doença", "como monitorar sua evolução" e "o que fazer durante uma agudização". Entretanto, a incorporação desse conhecimento por parte dos asmáticos parece deixar a desejar. Onde estão as falhas? Na transmissão ou na recepção? A relação ensino-aprendizagem é uma via de mão-dupla, embora grande parte dos profissionais de saúde a encare como uma rua de mão única: um só ensina e o outro só aprende. Aceitar isso como correto significa crer que o asmático, ao consultar um profissional de saúde, não traz consigo uma carga respeitável de experiências, algumas positivas e outras negativas, de expectativas, de preocupações, etc. Diversos fatores - vergonha, timidez, medo - fazem com que a maior parte delas seja omitida durante a consulta.

Os dois lados da mesa são objeto das ações "educativas" na asma. Para os profissionais de saúde, os consensos (*guidelines*) são os instrumentos mais utilizados. Por definição, consensos em asma são um conjunto de recomendações que visam oferecer um "padrão ouro" para o atendimento ao asmático contra o qual as ações rotineiras assistenciais devem ser balisadas e adaptadas de acordo com a situação local. Essas recomenda-

ções visam padronizar o atendimento, nivelando-o por cima; permitir a incorporação dos novos conhecimentos na medida em que eles vão sendo adquiridos; permitir a troca de informações e de experiências entre diferentes centros e profissionais. São produto da experiência profissional de grupos de peritos, técnicos renomados na área; entretanto, nenhum foi validado cientificamente e ainda são recomendações complexas. De qualquer forma, é inegável seu impacto favorável. Resultados de algumas avaliações bem conduzidas sobre seu efeito são sumarizadas no quadro 3. Para os asmáticos, as ações educativas visam, principalmente, promover a adesão ao tratamento, estimulando-os a seguir integralmente as recomendações médicas. Teoricamente, promover a adesão ao tratamento inclui conscientizar o asmático de que: 1) é importante que ele saiba o que fazer, dependendo da situação; 2) vale a pena seguir as prescrições, pois elas possibilitarão seu bem-estar e 3) ele é capaz de fazê-lo. Diferentes formas de atividades educativas podem ser aplicadas: entrevistas individuais, reuniões em grupo, fornecimento de impressos, etc. O principal objetivo é capacitar o asmático para participar ativamente do manejo de sua doença. Os resultados de algumas avaliações dessas atividades são apresentados nos quadros 4, 5 e 6. Considera-se que a estimulação deva ser repetida rotineiramente e que isso é importante para conseguir maiores graus de adesão ao tratamento. Entretanto, alguns estudos sobre o tema apresentam resultados contraditórios. Por exemplo, foi aplicado um questionário a 399 asmáticos visando estudar o papel do esclarecimento ao asmático no auto-manejo de sua doença (2). A partir daí, um terço deles foi submetido a um programa intensivo de educação em asma, com entrevistas, apostilas, consultas periódicas nas quais eram encorajados a seguir as orientações e prescrição de medicamentos por 6-8 semanas. A seguir, por duas semanas, assistiam a vídeos sobre asma com 35 minutos de duração. Subseqüentemente, compareciam a consultas médicas trimestrais por um ano. Um segundo grupo, recebia somente uma apostila e a prescrição medicamentosa. O terceiro grupo agiu como controle, sendo atendido de acordo com a rotina ambulatorial (prescrição medicamentosa). A avaliação final demonstrou que o conhecimento sobre os mecanismos envolvidos na asma e sobre a ação dos remédios (mas não sobre os efeitos colaterais) foi significativamente maior no grupo de educação máxima, mas isso não levou a dife-

renças entre os dois grupos no que se refere a: a) ações intervencionistas para auto-manejo das agudizações; b) adesão relatada ao tratamento e c) técnica de uso do aerossol.

Num outro estudo, realizado entre adolescentes, procurou-se avaliar o grau do conhecimento do jovem asmático sobre sua doença, e como esse conhecimento influenciaria suas atitudes com relação à asma. Utilizando-se um questionário auto-administrado cujo score máximo era 31, foram entrevistados 4.000 jovens, asmáticos e não-asmáticos, e 1.000 professores, em 32 escolas australianas (3). Os scores obtidos pelos asmáticos foram baixos (14 em média) e apenas pouca coisa superior aos atingidos pelos não-asmáticos. Os pontos atingidos pelos professores foram equivalentes aos dos asmáticos. O nível do conhecimento sobre a doença entre os jovens de 13 a 14 anos e de seus professores foi consideravelmente menor que o encontrado anteriormente, em outro estudo realizado com pais de asmáticos informados sobre a asma (25 pontos) (4). A falta de conhecimento era particularmente chocante na questão sobre asma induzida pelo exercício, que é um importante e freqüente fator desencadeador de crises de asma em jovens. Apenas 1% dos adolescentes asmáticos responderam corretamente sobre como evitar os sintomas asmáticos desencadeados pelo esforço físico. Outro ponto avaliado foi "se os asmáticos ficavam viciados nos remédios para a asma". Cerca de 60% dos asmáticos acreditavam que podiam tornar-se viciados em seus remédios, e essa proporção foi maior do que a encontrada entre os não-asmáticos e professores. Entretanto, 50% dos professores pensavam assim. Na avaliação sobre a relação conhecimento/atitudes, constatou-se que quanto mais informados/esclarecidos, maior a capacidade dos asmáticos de manejarem sua doença sem serem dependentes de outros. Entre os não-asmáticos e professores, o conhecimento sobre a doença estava associado com uma atitude mais positiva com relação a asma e à maior aceitação das pessoas asmáticas.

No meio de tantas incertezas, uma coisa está clara: "Tratar asma é muito mais do que prescrever remédios; tratar asma é modificar comportamento; tratar asma é conquistar a confiança do paciente."

Adesão a um tratamento pode ser definido como a extensão com a qual o comportamento de um indivíduo (em termos de tomar remédio, promover mudanças dietéticas ou no estilo de vida) coincide com o aconselhamento médico. Já está

**Quadro 3**  
Algumas avaliações do impacto de guidelines

**Objetivo:** Comparar os efeitos do manejo ambulatorial com ações educativas intensivas, enfocando plano de auto-manejo, instruções para início de cursos rápidos de Prednisona, consultas médicas regulares, uso do medidor de pico de fluxo expiratório (PFE) e ênfase no uso regular de esteróide inalatório vs atendimento ambulatorial rotineiro.

**Resultado:** Redução no número de re-hospitalizações (19 vs 70), na duração da hospitalização (144 vs 384 dias) (5) (Quadro 4).

**Objetivo:** Comparar os efeitos de ações educativas (reuniões semanais de 90 minutos com pequenos grupos de asmáticos durante as quais eram dadas informações sobre a asma e sobre seu manejo), 3 a 5 aulas individuais de 45 minutos com módulos instrucionais dadas por uma enfermeira treinada vs reunião em grupo na qual era dada apostila desenhada para estudo individual.

**Resultado:** (Indicadores: Questionário diário e exame físico) Melhor controle dos sintomas asmáticos, melhor técnica de uso do inalador, melhor controle ambiental, melhor exame clínico e maior grau de atividade física no primeiro grupo. Não houve diferença significativa na taxa de utilização de cuidados médicos por agudizações entre os dois grupos (Quadro 5) (6).

**Objetivo:** Comparar a efetividade do auto-monitoramento pelo PFE, atenção médica integrada (médicos nos cuidados primários e nos secundários) com reforço das mensagens educativas durante as consultas vs educação baseada no uso de computador no manejo da asma, personalizada.

**Resultado:** Não houve evidência conclusiva sobre a efetividade do uso do PFE no manejo da asma (7). Não houve diferença significativa, considerando parâmetros clínicos e psicológicos, entre a atenção médica integrada e a convencional (8). O programa educacional baseado em apostilas computadorizadas produziu melhores parâmetros clínicos, reduzindo significativamente os distúrbios do sono e as hospitalizações nos pacientes mais graves (Quadro 6) (9).

**Quadro 4**  
Comparação de manejo intensivo ambulatorial com tratamento de rotina na extensão e duração das hospitalizações por asma (6).

Medida de desfecho	Cuidado ambulatorial intenso (n = 47)	Cuidado ambulatorial de rotina (n = 57)
Nº total de admissões	19	70
Admissão / paciente	0,4	1,2
Nº total de dias hospitalizado	144	384
Nº total de dias hospitalizado/ paciente	3,1	6,7

**Quadro 5**  
Efeitos de diferentes estratégias de auto-manejo na asma (7).

Medida de desfecho	Grau de melhora (%)			
	Educação em grupo	Educação individual	Apostila auto-aprendizado	Cuidados de rotina
Sintomas	55	50	38	25
Atividade física	48	48	37	25
Controle ambiental	62	53	28	32
Técnica de inalação	93	83	54	62

**Quadro 6**  
Efeito da educação do paciente na asma grave (8).

Medida de desfecho	Educação em grupo (n = 315)	Grupo controle (n = 323)
% pacientes hospitalizados por asma	0,09	0,19
Nº médio de noites c/ distúrbios do sono	1,6	2,1

demonstrado que não se pode prever a adesão baseado na familiaridade com o paciente (10). Avaliar a adesão de um paciente a seu tratamento é complexo e difícil; diferentes métodos foram usados para medi-la e suas vantagens e desvantagens estão apresentadas no quadro 7. Na rotina, no dia-a-dia de um ambulatório, perguntas ao paciente são o método aplicável para avaliar a adesão. Alguns estudos comparando perguntas verbais a questionários por escrito demonstraram que há super-estimativas da adesão aferida por perguntas verbais que podem atingir 30%. Talvez melhorar as perguntas habituais possa permitir uma medida da adesão mais próxima do real. Questões como "Com que freqüência você lembra de tomar os remédios" talvez obtenham respostas mais realistas do que perguntar "Você está tomando os remédios como prescrevi, não está?". Com relação à adesão ao tratamento, os pacientes poderiam ser divididos em três grupos: a) aderentes totais; b) aderentes parciais e c) não-aderentes. Adesão total é rara e, possivelmente, "patológica". Possivelmente, a maior parte das pessoas se enquadra no grupo dos "parciais". O grau da adesão vai variar de acordo com vários fatores, alguns dos quais já comentados anteriormente. Ao mesmo tempo, a "adesão" e a "não-adesão" não são situações estáveis. O humor, a freqüência/gravidade dos sintomas, a interferência da doença com a rotina de vida, entre outros fatores modulam a adesão ao longo do tempo. Estudos que procuraram medi-la encontraram variações entre 4 e 93% (11). Usualmente, ela é menor nas doenças crônicas. Num estudo que procurava avaliar o uso de um aerossol de salbutamol em 51 asmáticos adultos, e que usava a dosagem da substância na urina como indicador de uso (12), 5 pessoas apresentaram níveis abaixo do esperado e 11 muito acima. Como todos haviam sido capacitados para a técnica correta de inalar o aerossol, os resultados não podem ser imputados à técnica de uso. Outro estudo, também entre asmáticos, sobre a adesão à medicação pro-

filática inalatória mostraram taxas da ordem de 50% em ambulatórios gerais (13) e em serviços especializados em asma (14). Avaliações semelhantes entre crianças mostraram índices de 54 a 68% (15,16). Falhas na comunicação, gerando desinformação, também são fatores responsáveis por problemas na adesão. Como exemplo, pode-se citar dois estudos britânicos nos quais 1.417 e 11% (18) dos pacientes pensavam que os corticosteróides inalatórios deviam ser usados para alívio imediato dos sintomas. Falhas na comunicação, não permitindo identificar e esclarecer as expectativas do asmático que procura auxílio médico também são responsáveis pelos baixos índices de adesão ao tratamento. Determinado paciente pode ter a expectativa de que o médico vai curar sua asma ou dar uma lista de circunstâncias que devem ser evitadas para evitar suas agudizações. Raramente essas expectativas podem ser preenchidas e ao paciente é dado, sem maiores explicações, um corticosteróide inalável para ser usado por longo tempo. Outro paciente tem medo dos efeitos colaterais da medicação prescrita e não lhe é dada a oportunidade de expressá-lo. É claro que a adesão tem que ser baixa.

Há relatos na literatura de que parcela significativa das pessoas não segue a prescrição médica, parcial ou totalmente (13). De forma alguma, esse comportamento é intencional. Enquanto o profissional de saúde baseia sua decisão terapêutica nas medidas de desfecho desejadas e, por vezes, no custo da medicação, o paciente faz sua própria análise de custo-benefício para determinar qual, se alguma, medicação tomar. Diversos fatores estão incluídos nessa análise: percepção e compreensão da doença e sua gravidade, desvio provocado na qualidade de vida esperada, relação médico-paciente e processo de comunicação empregado, custo dos remédios, tempo de tratamento, freqüência das tomadas, entre outros. Se ele considera que "acordar à noite com falta de ar e/ou com tosse", "não tolerar atividades físicas",

Quadro 7  
Métodos para aferir adesão ao tratamento (19)

Método	Vantagem	Desvantagem
Relato do paciente	Fácil de usar	Inacurado
Contagem/pesagem da medicação	Objetivo	Não diferencia uso "real" do "referido"
Monitoramento da medicação	Objetivo	Não diferencia uso "real" do "referido"
Monitoramento do nível sérico da medicação	Acurado	Disponibilidade limitada, invasivo, insensível para agentes inaláveis

"ir ao Pronto-Socorro de madrugada" como normais e esperados no seu caso, essa baixa qualidade de vida não será estímulo para que ele siga todas as recomendações médicas. Um paciente pode não seguir a prescrição médica porque ele não a compreendeu, por falha na comunicação entre ele e seu médico. Outro, por razões econômicas, físicas, ambientais ou por barreiras pessoais (as quais normalmente passam despercebidas, já que ele evita comentá-las com o profissional de saúde por medo de que elas possam envergonhá-lo). Um outro, acha-se capaz de fazer escolhas pessoais para alterar a prescrição, e que não precisa comentá-las com seu médico. Na maior parte das vezes, o paciente acha que sabe melhor que seu médico quando pode parar de tomar a medicação prescrita. O medo dos efeitos indesejáveis pode fazer com que interrompam a medicação precocemente ou com que aumentem o intervalo entre as doses, ou as próprias doses. O tratamento pode ser interrompido por causa do sabor do remédio, da complexidade do esquema terapêutico, ou mesmo porque ele interfere tanto com a rotina diária do paciente, que os benefícios do tratamento podem ser superados pelas suas "desvantagens".

### **Tratando o asmático**

As particularidades da asma em cada grupo etário fazem com que seu trato deva ser cercado de cuidados específicos a cada idade. Atualmente "consensos" e "padronizações" são as palavras da moda em grande parte das doenças. As razões para buscá-los são válidas e, certamente, os benefícios para os doentes serão inquestionáveis. Entretanto, não se pode interpretá-los como regras rígidas, fixas. Cada indivíduo é diferente; a mesma doença pode se apresentar de diversas maneiras em pessoas diferentes, ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes. Cabe ao profissional de saúde adaptar as propostas padronizadas a cada paciente, alterando-as conforme a necessidade.

Num estudo britânico que incluía crianças com doenças crônicas, observou-se que as asmáticas apresentavam mais problemas cognitivos - depressão, raiva e ansiedade - que seus controles normais (20). Num outro, 130 crianças asmáticas foram divididas de acordo com a gravidade de sua doença. Aqueles com asma leve não apresentavam diferenças no que toca suas características emocionais, quando comparados com controles não-asmáticos. Entretanto, grande proporção da-

queles com asma grave tinham crenças irracionais sobre sua asma, expressando altos níveis de doença neurótica, ansiedade, depressão, raiva e hostilidade (21).

Na adolescência, época de nossa vida em que somos chamados de "rebeldes sem causa", a asma pode ser um motivo a mais de revolta. As experimentações e as descobertas normais nesse período da vida chocam-se, na maior parte das vezes, com as possíveis restrições decorrentes da asma. É nessa época em que os paradoxos são frequentes. É nessa época em que, ao mesmo tempo que quer liberdade, independência dos pais e da família, o jovem quer agregar-se a grupos de pessoas da mesma faixa etária, quer estabelecer amizades e intimidades baseadas em experiências pré-adolescentes. E nesse panorama entra a asma, uma doença que definitivamente interfere na progressão normal para a vida adulta. Uma doença que torna mais difícil para um jovem tornar-se independente de seus pais. Uma doença que o torna diferente de seus pares, que interfere com suas atividades esportivas e sociais (bailes, etc). Uma doença que o identifica (inalar um medicamento é bem visível) e o discrimina. Uma doença que pode afetar sua sexualidade, por vezes causando atraso fisiológico do início da puberdade e menor desenvolvimento físico. Por razões ainda não compreendidas, a hiper-responsividade brônquica (HRB), os sintomas asmáticos e as diferenças na prevalência e na gravidade da asma entre os sexos reduzem-se na adolescência. Especula-se se isso se deve a mudanças hormonais (22) ou por fatores ligados ao sexo (23); mas, aparentemente, a maior gravidade da doença na infância está ligada ao maior risco de sua persistência. Se por um lado a possibilidade de regressão espontânea dos sintomas é um fator positivo, por outro, especialmente se ela ocorre em um membro de uma família e não em outro, pode ser mais um motivo de revolta. Todas essas, entre outras, são possíveis razões para a negação da doença e para o repúdio ao seguimento das orientações terapêuticas, tão frequentes entre os adolescentes. Ainda está por esclarecer se esses fatos justificam os aumentos nas taxas de mortalidade detectados em diversos países nesse grupo etário; mas, certamente, as mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem nessa fase da vida têm impacto no manejo da asma. Adolescentes nem são crianças nem são adultos; seus médicos assistentes devem adaptar sua práti-

ca clínica para reconhecer as particularidades desse grupo etário. Pressões de seus pares, ressentimentos com condutas autoritárias e atrasos fisiológicos na puberdade modulam a aceitação da doença e de seu tratamento.

Na idade adulta, as preocupações com o sustento de seus familiares, com o bem-estar de sua família e com o trabalho, costumam ocupar a maior parte do pensamento. A rotina atarefada de vida pode fazer esquecer a medicação ou mesmo a doença, se essa não estiver se fazendo presente de forma a incomodar as tarefas diárias. Na velhice, fatores orgânicos e mentais degenerativos, por vezes aliados ao costume com as manifestações da asma, contribuem para não seguir as orientações médicas.

Particularmente na infância tardia e no início da adolescência, o asmático deve ser estimulado a assumir responsabilidade gradativamente maior com a condução de seu tratamento. Todo o tratamento deve ser diretamente "negociado" com o paciente, e os possíveis conflitos abordados resolutivamente. Por exemplo, se uma razão para não aceitar o uso regular do corticosteróide for a possibilidade de redução no crescimento, deve-se explicar que o uso do corticosteróide inalável por aerossol dosimetrado, através de um espaçador e seguido pela higiene oral, reduz significativamente o risco. Quando necessário, deve-se fazer concessões visando assegurar a adesão. Se o plano terapêutico for "imposto", certamente a adesão será fraca.

Se um dos principais objetivos do tratamento do asmático é prevenir os sintomas e as agudizações, o tratamento profilático (medicamentoso e ambiental) é um dos pilares da terapia. Esse é um ponto crítico na manutenção do asmático seguindo as determinações médicas. A maior parte dos asmáticos, particularmente os adolescentes, prefere ver a asma como uma doença episódica o que torna difícil aceitar a necessidade de usar medicação regularmente. Numa fase em que o asmático está sintomático, são maiores as chances de ele segui-las; porém, após algum tempo assintomático, sem limitações físicas, são pequenas as chances de ele continuar usando uma medicação que, sob sua óptica, o "escraviza", o faz diferente de seus pares, faz correr o risco de "viciá-lo" e custa "caro". Um primeiro passo vital para assegurar a adesão do asmático ao seu tratamento é descobrir quais suas ansiedades e expectativas sobre a asma e seu tratamento. Perguntas fechadas, com respostas tipo "sim" ou "não" dificilmente

te permitirão ao asmático falar mais abertamente sobre suas preocupações. Talvez perguntas abertas, como "O que lhe preocupa na asma?", "Que problemas a asma te causa?", "O que você já tentou fazer? Adiantou?", "O que você espera de seu tratamento?" ou "Muitos clientes meus dizem que não gostam de estar sempre usando bombinhas. O que você pensa sobre isso? Esse tipo de coisa te incomoda?" Esse tipo de abordagem facilita o estabelecimento de um canal de informações que leva à negociação de um plano terapêutico de comum acordo entre o asmático e seu médico. Se o paciente for uma criança ou um jovem, essa negociação é importante porque lhe dá mais autoridade e reduz o sentimento de que a asma e seu tratamento vão dificultar sua passagem para a vida adulta; no adulto, afasta a idéia de que a asma interferirá negativamente com sua rotina de vida. Quando o asmático é uma criança, ele e sua família têm que ser convidados a participar do manejo do tratamento. Seus responsáveis têm que ser informados sobre as possíveis disfunções psicológicas ligadas à superproteção da criança asmática; sobre as dificuldades na sua socialização com outras crianças; sobre o reconhecimento da deterioração da doença, etc.

O plano de tratamento, para ser efetivo, deve sempre ser o mais simples possível. Ele precisa combinar 3 elementos essenciais: 1) o que fazer se a asma piorar; 2) como reduzir a medicação se a asma melhorar e 3) como manejar as crises. Ao mesmo tempo, a frequência de administração da medicação deve ser a menor possível. A adesão a um regime de medicação inalável profilática, em um grupo de asmáticos com idade entre 9 e 16 anos, foi inversamente proporcional ao número de doses prescritas ao dia. A proporção de dias que a medicação foi usada como prescrita diminuiu de 71% (duas vezes ao dia) para 18% (quatro vezes ao dia) (24).

As chances de sucesso aumentam muito se o manejo da asma for combinado à maior das influências: o apoio de seus pares. Grupos de apoio dão ao asmático a oportunidade de compartilhar o peso de sua doença e aprender com outros asmáticos como eles lidam com sua doença. Uma comprovação prática da importância dessa iniciativa pode ser dada pelo "Apoio para a Asma na Juventude" promovido pela Fundação Americana de Asma e Alergia. Nesse programa, grupos de adolescentes são ligados a uma equipe composta por um médico, um educador e uma enfermeira espe-

cializada. A equipe produz material educativo impresso, aconselha pelo telefone, e organiza reuniões de grupo para aumentar a compreensão da doença. Nas reuniões, "dicas práticas" sobre o manejo da asma são trocadas, materiais educativos são criados, usados e testados, experiências são trocadas.

Habitualmente, o tratamento preventivo, que visa reduzir/acabar com a inflamação brônquica, deve ser mantido por períodos longos (meses a anos). Na maior parte das vezes, o remédio usado no tratamento preventivo é um corticosteróide. Além disso, idealmente é usado pela via inalatória. Somam-se dois "medos": o "medo da bombinha" ao "medo da cortisona". Não é fácil contornar esses obstáculos, e apenas a comunicação clara e objetiva, aliada a resultados favoráveis no tratamento, com controle da sintomatologia crônica e anulação das restrições físicas e mentais, poderá colaborar na adesão do paciente ao seu tratamento. Deve ser comentado que a via inalatória, apesar de complexa e "visível", é superior a qualquer outra; por ela, doses menores são usadas fazendo com que as chances de efeitos indesejáveis aparecerem sejam menores. O uso do espaçador também deve ser objeto de discussão com o asmático. Se, por um lado, torna a inalação mais fácil e reduz a deposição oral do fármaco, por outro é um "trambolho" e embaraçante. O asmático, excetuando-se as crianças menores, deve ser estimulado a reservar seu uso para a medicação inalável que é usada em horários fixos, em geral ao acordar e ao deitar, o que pode ser feito em casa. Nas outras situações, o nebulímetro dosificador, ou o *turbohaler*, ou equivalente, por ser mais "discreto", costuma ser mais popular. Entretanto, raramente o nebulímetro é usado corretamente. Mais de dois terços dos adultos (25,26) e metade das crianças asmáticas (27) não o usam corretamente mesmo após instruídos.

Dentre as formas atualmente disponíveis de tratamento medicamentoso da asma, o corticosteróide inalável é a mais efetiva, mostrando bons resultados em todas as apresentações da asma, e basta ser usado duas vezes ao dia, na maior parte dos casos. Entretanto, a adesão à corticoterapia é muito influenciada pela ansiedade com relação aos efeitos indesejáveis dos corticosteróides. Não apenas o asmático, como seus pais (nos casos de crianças e adolescentes), têm preocupações com os possíveis efeitos deletérios do

tratamento medicamentoso. Deve ser claramente explicado que o medo de efeitos da corticoterapia inalatória, nas doses habituais, sobre o crescimento é infundado, e que a asma por si só é fator causal de retardo no crescimento e pode ser causa de problemas no desenvolvimento físico e mental. Esses e outros "medos" devem ser ampla e abertamente discutidos, sua fundamentação explicada, colocados em sua dimensão real. Devem ser claramente expostos e "pesados" os danos advindos de uma asma mal tratada, e contrapostos aos possíveis riscos inerentes ao tratamento proposto. Perguntas como "Que problemas você teve com os remédios?", "Você tem algum tipo de preocupação com os remédios?", "O que acontece quando você pára de usar os remédios?" ou "Você parou de usar os remédios?" ajudam a identificar barreiras à adesão ao tratamento. O controle ambiental, particularmente quando envolve o afastamento de animais domésticos, ou o ambiente de trabalho, é outro ponto importante de não seguimento das orientações médicas. Enfim, todas as possíveis barreiras ao seguimento das orientações e prescrições médicas devem ser objeto de discussão e de esclarecimento ao asmático e a seus familiares. Resta por definir qual (quais) a(s) melhor(es) maneira(s) de fazê-lo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Global Initiative for Asthma. National Heart, Lung and Blood Institute, World Health Organization.
- 2-Hilton S, Sibbald B, Anderson HR, Freeling P. Controlled evaluation of the effects of patient education on asthma morbidity in general practice. *Lancet* 1986; i: 26-29.
- 3-Gibson PG, Henry RL, Vimpani GV, Jalliday J. Asthma knowledge, attitudes and quality of life in adolescents with and without bronchial asthma. *Arch Dis Child* 1994; 121: 199-207.
- 4-Fitzclarence CAB, Henry RL. Validation of an asthma knowledge questionnaire. *J Paediatr Child Health* 1990; 26: 200-204.
- 5-Mayo PH, Richman J, Harris HW. Results of a program to reduce admissions for adult asthma. *Ann Intern Med* 1990; 112: 864-871.
- 6-Wilson SR, Scamagas P, German DF et al. A controlled trial of self-management education for adults with asthma. *Am J Med* 1993; 94: 564-576.
- 7-Drummond N, Abdalla M, Beattie JAG, et al. Effectiveness of routine self-monitoring of peak flow in patients with asthma. *Br Med J* 1994; 308: 564-567.

- 8-Drummond N, Abdalla M, Beattie JAG, et al. Integrated care for asthma: a clinical, social and economic evaluation. *Br Med J* 1994; 308: 559-564.
- 9-Osman LM, Abdalla MI, Beattie JAG et al. Reducing hospital admission through computer supported education for asthma patients. *Br Med J* 1994; 308: 568-571.
- 10-Mushlin AI, Appel FA. Diagnosing partial noncompliance. *Arch Intern Med* 1977; 137: 318-321.
- 11-Greenberg RN. Review of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clin Ther* 1984; 6:5.
- 12-Horn GR, Essex C, Hill P, Cochrane GM. Does urinary salbutamol reflect compliance with aerosol regimes in patients with asthma? *Resp Med* 1989; 83: 15-18.
- 13-Turner-Warwick M. Nocturnal asthma: a study in general practice. *J Roy Coll Gen Pract* 1989; 39: 239-243.
- 14-Horn GR. Compliance by asthmatic patients - how much of a problem? *Res and Clin Forums* 1986; 8:47-53.
- 15-James PNE, Anderson JB, Prior JG, et cols. Patterns of drug taking in patients with chronic airflow obstruction. *Postgrad Med J* 1985; 61: 7-10.
- 16-Smith NA, Scale JP, Ley P, et al. Effects of intervention on medication compliance in asthmatic children. *Med J Aust* 1986; 144: 119-122.
- 17-Crompton CK. Problems patients have using pressurized aerosol inhalers. *Eur J Respir Dis* 1982; 63: 101-104.
- 18-Partridge MR. Asthma education: more reading or more viewing? *J R Soc Med* 1986; 79: 326-328.
- 19-Cochrane GM. Compliance in asthma: a European perspective. *Eur Respir J* 1995; 5:(26): 116-119.
- 20-Seigel WM, Golden NH, Gouch JW, Lashley MS, Sacker IM. Depression, self-esteem and life events in adolescents with chronic diseases. *J Adolesc Health Care* 1990; 11: 501-4.
- 21-Silverglade L, Tosi DJ, Wise PS, D'Costa A. Irrational beliefs and emotionality in adolescents with and without bronchial asthma. *Arch Dis Child* 1994; 121: 199-207.
- 22-Hill DJ, Hosking CS, Shelton MJ, Turner MW. Growing out of asthma: clinical and immunological changes over 5 years. *Lancet* 1981; ii: 1359-1362.
- 23-Redline S, Gold D. challenges in interpreting gender differences in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 1219-1221.
- 24-Coutts JAP, Gibson NA, Paton JY. Measuring compliance with inhaled medication in asthma. *Arch Dis Child* 1992; 67: 332-333.
- 25-Kemp D, Meltzer EO. Beta adrenergic agonists: oral or aerosol for the treatment of asthma? *J Asthma* 1990; 27:149-157.
- 26-Sibbald B. Patient self care in acute asthma. *Thorax* 1989; 44: 97-101.
- 27-Pedersen S, Frost L, Arnfred T. Errors in inhalation technique and efficacy of inhaler use in asthmatic children. *Allergy* 1986; 41: 118-124.