

* Ensaaios

Educação em saúde a portadores de asma

Ricardo Coutinho Mello

Professor do Departamento de Processos e Fundamentos Informativos do Instituto de Ciência da Informação da UFBA.

rcmello@ufba.br

Gilberto Wildberger de Almeida

Professor-Associado da Escola de Administração da UFBA

gwa@ufba.br

DOI:10.3395/receis.v5i3.461pt

Resumo

O artigo sintetiza fundamentos, conhecimentos e quadro atual sobre a asma, numa revisão teórica sobre aspectos clínicos e repercussões psicológicas da enfermidade. Analisa o conceito de educação em saúde e os programas de educação em saúde a portadores de asma. Com foco na população formada por crianças e adolescentes, reflete sobre a questão da motivação, considerada essencial na intervenção educativa. Investiga o uso de material audiovisual para fomentar motivação, aderência e comprometimento com o tratamento por jovens. Conclui que os recursos audiovisuais podem apresentar resultados positivos nesse sentido.

Palavras-chave: educação em saúde; asma; motivação; Mídia Audiovisual.

Introdução

Devido a mudanças demográficas - como a queda nas taxas de fecundidade e natalidade, o progressivo aumento na proporção de idosos, mudanças nos padrões de consumo, no estilo de vida e urbanização acelerada -, é registrado pelas autoridades em saúde um aumento significativo das doenças crônicas, também denominadas doenças não-transmissíveis (DNTs). (MCQUEEN, 2007).

Associadas a esta combinação de fatores – ambientais, sociais, culturais e comportamentais – as doenças crônicas caracterizam-se pela origem não-contagiosa; pelo início gradual de suas manifestações; por causalidade complexa e múltipla; por longos períodos de latência; pelo curso prolongado ou indefinido; pelo comprometimento funcional ou incapacidade prematura; e pela incurabilidade. (MCQUEEN, 2007). Deste modo, doenças crônicas não indicam gravidade; enquanto enfermidades prolongadas e sem cura, devem ser geridas. (MARTINS, 2010).

Apesar de não apresentarem risco imediato de morte, as DNTs provocam grande impacto, deteriorando a qualidade de vida de portadores, famílias e comunidades.

Segundo Ramos-Cerqueira e Crepaldi (2000), o conceito de qualidade de vida vem adquirindo relevância e sendo amplamente debatido no contexto da prevalência das doenças crônicas, estando relacionado à saúde, como um componente importante do cuidado.

Informa McQueen (2007) que, até a última década do século XX, essas doenças tinham substituído as transmissíveis como a principal causa de morte em todas as áreas do mundo (exceto a África subsaariana e no Oriente Médio), e nos próximos 15 anos, representem a causa de quase $\frac{3}{4}$ dos óbitos nas regiões de baixa renda. Com efeito, mais de 80% das doenças respiratórias crônicas, por exemplo, ocorrem em países com baixo PIB per capita. (CAMPOS, 2008).

De acordo com McQueen (2007), em todas as probabilidades, as doenças crônicas serão a fonte predominante de morbidade global, morte e doença durante o século XXI. Ham (apud MENDES, 2010) observa que o modelo de atenção à saúde deve ser avaliado, considerando, também, os impactos sanitários e econômicos proporcionados à sociedade.

O estudo 'Saúde Brasil 2009' revelou que apesar da queda de 17% na mortalidade por doenças crônicas entre 1996 e 2007, estas ainda são responsáveis por 67,3% do total de óbitos no País, a maior parcela entre outras causas das mortes. Em 2007, 705,5 mil pessoas foram vitimadas pela condição crônica. (BRASIL, 2010).

Segundo Campos (2008), as doenças respiratórias crônicas - enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, entre outras -, que obstruem o fluxo aéreo comprometendo as vias aéreas, foram *causa mortis* de mais de quatro milhões de pessoas no mundo no ano de 2005.

Um dos fatores determinantes da redução de 2,8% ao ano na taxa de mortalidade entre as doenças crônicas no Brasil em 2007 foi a diminuição do tabagismo no País. De 1989 a 2009, o percentual de fumantes na população caiu de 35% para 16,2%, retratando o êxito da campanha de combate ao tabagismo (BRASIL, 2010).

Apesar disso, as doenças respiratórias crônicas se mantiveram ainda como a terceira causa de óbitos entre as mais frequentes, conforme ilustra o Quadro 1.

Quadro 1 – Número absoluto (N) e proporção de óbitos segundo causas básicas

CAUSA	ÓBITOS (N)	PERCENTUAIS
Cardiovasculares	308.466	29,4
Neoplasias	158.600	15,1
Doenças respiratórias	59.154	5,6
Diabetes mellitus	47.718	4,6
Outras doenças crônicas	131.659	12,6

FONTE: BRASIL, SVS, 2010.

Os números e percentuais denotam a urgência de intervenção sobre essas enfermidades, sobretudo pela necessidade de diagnóstico e prognóstico apurados, pois, em geral, não são reconhecidas, diagnosticadas, tratadas, e suficientemente prevenidas. Mais ainda: causam prejuízos socioeconômicos tanto para indivíduos e familiares como para a sociedade.

Infere-se sobre uma correlação positiva entre a prevalência de doenças respiratórias crônicas e o sistema fragmentado de atenção à saúde no Brasil. A crença pauta-se na incapacidade de assistência contínua à população pelos profissionais de saúde, em razão das condições agudas encontradas nas unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar, bem como pelo comportamento informacional reativo do usuário com relação ao processo de prevenção e tratamento de enfermidades nos serviços públicos (MENDES, 2010).

Uma das doenças respiratórias crônicas mais frequentes é a asma, também conhecida como bronquite asmática, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), afeta 300 milhões de pessoas no mundo. (CAMPOS, 2008).

No Brasil, a doença atinge 20% da população, sendo o país o oitavo lugar no ranking de número de asmáticos no mundo (SBPT, 2009; VIEIRA, 2010). É causa relevante de consultas médicas e de elevado número de atendimentos de emergência e de hospitalizações, com 367 mil internações por ano, cerca de 2,3% do total (VIEIRA, 2010). Excluindo-se as internações relativas à gravidez e parto, é a terceira causa de hospitalização entre crianças e adultos jovens nos serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os gastos com a asma superam o de outras doenças, tais como a tuberculose e a AIDS (VIEIRA, 2010) Estima-se que de 5% a 10% dos pacientes, com quadro grave, consomem 80% da verba proveniente do SUS destinada aos serviços de saúde para o tratamento da doença (VIEIRA, 2010).

A asma é responsável por seis mortes ao dia no país, tendo causado aproximadamente 2500 mortes por ano nas duas últimas décadas (CAMPOS, 2008; SBPT, 2009; VIEIRA, 2010).

Campos (2008) afirma que, globalmente, a letalidade por asma não é considerada alta. No entanto, considera que 80% dos casos de morte por asma poderiam ser evitados se os cuidados adequados fossem tomados a tempo.

Não por acaso a OMS adverte de forma incisiva que os sistemas de saúde predominantes em todo mundo falham ao prestar assistência à população, pois urgem em rever os modelos de monitoramento sanitários. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. (MENDES, 2010).

Nesse contexto, independentemente da abordagem terapêutica, ressalta-se a concepção atual a respeito do protocolo de manejo da asma, bem como da maioria das doenças respiratórias crônicas, focada no autocuidado, no envolvimento do portador, seja no aspecto preventivo ou em período de crise. Segundo Franzen et al. (2007):

O manejo da maioria das doenças crônicas também é caracterizado pela extensiva responsabilidade que os pacientes devem ter. O envolvimento do paciente no seu cuidado é denominado autocuidado e tem sido definido como a habilidade do indivíduo no manejo dos sintomas, tratamento, consequências físicas e psicológicas e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica. (...) No contexto das doenças crônicas, é fundamental que o paciente participe do processo de decisão ou nos níveis de ação, pois, dessa forma, o cuidado de saúde tornar-se-á mais efetivo e eficiente. O paciente deve ter a compreensão e aprovação de novas práticas e responsabilidades.

Não obstante o fato de o autocuidado no manejo da asma ser considerado pelos especialistas como um elemento potencializador para o enfrentamento positivo da patologia, a literatura

reconhece se tratar de um referencial difícil de ser atingido pelos pacientes em decorrência dos padrões recomendados (*guidelines*) (FRANZEN, 2007).

Por isso, algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas para aumentar o envolvimento do portador e reduzir as crises, tais como o reconhecimento e o afastamento de fatores desencadeadores e o monitoramento de sintomas e de medicações. Entre as estratégias sugeridas pela OMS está o aumento do fluxo de conhecimento e de informações sobre a doença entre os pacientes. (Franzen et al., 2007), que tende a ser um suporte para o enfrentamento da asma através do aumento da consciência e mudança de perspectivas e no estilo de vida.

Segundo Wen (2010), para que se possa atender com efetividade o potencial de saúde, os indivíduos necessitam compreender os fatores danosos à saúde. Assim sendo, a educação de jovens é uma das formas eficientes para promover a saúde.

Entretanto, um problema se coloca: como fomentar conhecimento a respeito da asma se o processo de comunicação e educação sobre a enfermidade ainda é restrito à maioria da população? Quando existe, é muitas vezes ineficiente - levando ao retardo na tomada de decisões -, além de carecer de instrumentos eficazes que englobem todos os aspectos da doença.

A educação necessita de diferentes recursos de modo a promover o envolvimento do portador da asma. Wen (2010) afirma nesse sentido que desenvolver um meio de comunicação de acordo com o público-alvo é fundamental para o sucesso da educação e que o uso de tecnologias pode ser uma forma eficiente para conquistar a atenção e a motivação das pessoas, sobretudo os jovens.

Dentre os recursos possíveis, a exposição de material audiovisual sobre a asma pode contribuir significativamente para a criação de espaços sociais dinâmicos que promovam um ambiente de estímulo ao processo de aprendizagem da enfermidade.

Este artigo discute os principais aspectos relacionados à comunicação e educação em saúde em asma. Diante da problemática colocada busca responder às seguintes indagações:

- O autocuidado é importante no manejo da asma?
- Em que medida o conhecimento da enfermidade através da comunicação e educação influencia positivamente o enfrentamento da doença por portadores e familiares?
- Recursos tecnológicos audiovisuais são instrumentos potencializadores de conhecimento sobre a doença e capazes de motivar o paciente em todos os aspectos?

'Pari passu' três hipóteses norteiam o estudo: (i) autocuidado é elemento fundamental para o manejo da asma; (ii) conhecimento através de comunicação e educação contribuem decisivamente para o enfrentamento da doença; e (iii) recursos audiovisuais são instrumentos pedagógicos valiosos para a promoção de conhecimento, do manejo e autogestão da doença e elementos motivadores para a adesão e comprometimento com o tratamento.

O procedimento técnico empregado na busca de respostas para o problema colocado é a revisão bibliográfica, pois pretende tornar o tema explícito para o pesquisador através da

análise de dados secundários entre diferentes contribuições disponíveis na literatura sobre o fenômeno em foco.

Discussão

Aspectos clínicos da asma: breve explicação

Uma das enfermidades crônicas mais comuns em todo o mundo, a asma é síndrome complexa que apresenta diferentes apresentações clínicas em crianças e adultos. (CAMPOS, 2007). Segundo Campos (2004), estudos demográficos indicam que a asma não afeta a todos igualmente. Caracteristicamente, ela é mais grave entre os de piores condições socioeconômicas, apesar de que somente esse aspecto não explica todas as diferenças observadas. Fatores étnicos, ambientais e educacionais também podem estar envolvidos.

A asma caracteriza-se, do ponto de vista clínico, como uma enfermidade inflamatória crônica das vias aéreas, centrais e periféricas, resultante da interação de múltiplas células do trato respiratório, tanto as estruturais como as funcionais. (CAMPOS, 2007, 2008).

Como resultado de seu principal componente fisiopatogênico, a inflamação, as vias aéreas se tornam hiper-responsivas a uma ampla gama de estímulos. Essa alteração (cujos graus se relacionam com a gravidade da doença) produz episódios típicos e recorrentes, como dispneia, sibilos, opressão torácica e tosse, episódios esses usualmente associados a graus variáveis de obstrução ao fluxo aéreo, reversíveis espontaneamente ou através de tratamento. (CAMPOS, 2007, 2008).

A causa da asma ainda não está completamente compreendida. Segundo Campos (2007, 2008), há indícios de que a alteração do comportamento celular seja consequência de carga genética, sendo a asma determinada em grande parte durante o desenvolvimento fetal do ser humano e nos primeiros três a cinco anos de vida.

Contudo, além dos fatores genéticos, fatores ambientais e eventos desencadeadores ('gatilhos') também contribuem para o desenvolvimento da enfermidade, incluindo processos alérgicos; processos infecciosos nas vias respiratórias; irritantes respiratórios (fumaça de tabaco, poluentes aéreos, poeiras ocupacionais, gases e produtos químicos); determinados fármacos; estímulos específicos, como ar frio e exercício; e estado emocional. (CAMPOS, 2008).

Deste modo, é possível inferir que a asma é o resultado da interação entre diferentes fatores e que há ainda muito a compreender sobre os complexos mecanismos que a envolvem do ponto de vista patogênico. "Embora ainda não esteja(m) estabelecido(s) o(s) gen(es) responsáveis pela asma, há diversas evidências de que ela é uma doença na qual determinantes genéticos e ambientais interagem". (CAMPOS, 2004).

Para Campos (2007), provavelmente nenhuma das teorias atuais é capaz de explicar totalmente os mecanismos envolvidos, apesar dos novos conhecimentos que vão sendo agregados no curso do tempo.

Indiscutivelmente, o pulmão de um asmático é estrutural e funcionalmente diferente. Como resultado da interação entre fatores genéticos, componentes celulares com comportamento

diverso do normal e modulação ambiental, mecanismos imunes anormais, modulados por numerosas citocinas, resultam nas alterações e disfunções observadas na asma.

Quanto à gravidade, de acordo com o III Consenso Brasileiro no Manejo de Asma (2002), a asma pode ser classificada como intermitente e persistente leve, moderada e grave, apesar de inexistir classificação única para a enfermidade em função da variedade em suas apresentações, o que dificulta a definição do diagnóstico. Por este motivo, não há um “padrão ouro” para o diagnóstico de asma. Em geral ele se baseia na história clínica do paciente, no exame físico e em exames complementares. (CAMPOS, 2007, 2008).

O controle da asma é o que permite ao portador uma vida dentro da normalidade, com qualidade. Em países como o Canadá e os EUA, o protocolo de controle da asma é disseminado entre as escolas para que os educadores possam colaborar na atenção ao portador da enfermidade desde os primeiros anos de vida. No Brasil, as autoridades não possuem um plano de atenção à doença por não ser infectocontagiosa, mas aos fármacos utilizados no tratamento.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por exemplo, proíbe a produção ou a importação de medicamentos que tenham gás clorofluorcarbono (CFC) utilizados em alguns inaladores (*bombinhas*) para tratar a asma (SANTANA, 2011).

Assim, para que o tratamento seja bem sucedido é necessário mais do que a prescrição medicamentosa, dado os diversos fatores que modulam e influenciam a enfermidade. (CAMPOS, 2008). Discute-se a inexistência de estigma ou preconceito associado aos portadores dessas enfermidades, na medida em que o *esforço* das autoridades em não reconhecê-las como mazela pública é revelador de hegemonia na determinação e aplicação de políticas públicas.

No entanto, ressalta-se que o fenômeno das representações não é substantivo de um fazer científico por meio da simples reconfiguração dos sentidos captados, sem discutir a perspectiva de como os indivíduos assimilam, produzem e difundem conhecimento.

Repercussões psicológicas da enfermidade

A asma é uma doença de impactos significativos sobre o portador e aqueles que o circundam: provoca agravos à saúde, sendo causa de sofrimento, e danos à qualidade de vida, podendo incapacitar para atividades ocupacionais habituais. É a principal causa de absenteísmo na escola e faltas no trabalho, estando relacionada a perturbações de sono, entre outras consequências sociais. (BOULET, 1994; CAMPOS, 2002).

Outros efeitos adversos da enfermidade são observáveis, tais como o aumento da vulnerabilidade do portador; danos emocionais; diminuição do desempenho cognitivo; perdas psicossociais e de autoestima; autoimagem e autopercepção negativas; transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade e distúrbios de humor); sofrimento psíquico (estresse emocional, muitas vezes causador da reluta à adesão ao tratamento); e sintomas de pânico ou síndrome do pânico (que acomete um a cada dez portadores e que tem direção causal bidirecional), sobretudo em crianças e adolescentes. (BOULET, 1994; RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000; LEHRER, 2002; NOGUEIRA; LOPES, 2010).

Segundo Nogueira e Lopes (2010) uma doença de curso prolongado priva o indivíduo de inúmeras fontes de prazer pessoal, na medida em que interfere na autoestima, no controle do próprio corpo e nas relações interpessoais. Tais interferências, numa fase delicada como a adolescência, tomam proporções ainda maiores.

Além dos problemas inerentes à adolescência propriamente dita, a associação de uma doença crônica como a asma pode gerar sensações de fracasso, falta de esperança, raiva, autocensura, perda da autoestima e medo, representando um fardo extra para esses adolescentes. Em crianças e adolescentes, as repercussões atingem não somente o paciente, mas todo o universo familiar e escolar, podendo trazer problemas complexos e implicações no longo prazo, que irão se traduzir em prejuízo na qualidade de vida de todo o grupo.

Os resultados de pesquisa empírica empreendida por essas autoras junto a 240 adolescentes asmáticos indicaram forte associação entre a presença de transtornos mentais comuns e prejuízo na qualidade de vida desses pacientes (32,4%), repetida em diferentes domínios (emoção, atividade física, sintomas), confirmando outros achados da literatura que avalia se uma doença crônica aumenta o sofrimento psíquico. (NOGUEIRA; LOPES, 2010).

Com efeito, estudo anterior de Carvalho et al. (2007) teve resultados semelhantes, ao avaliar a presença e gravidade de sintomas de ansiedade e depressão entre os portadores de asma e de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em 189 pacientes ambulatoriais. Os resultados revelaram que os sintomas de ansiedade e de depressão são frequentes em pacientes com doenças pulmonares obstrutivas e que, entre os pacientes asmáticos, essa frequência é maior, independentemente da idade e da função pulmonar. (CARVALHO, 2007).

Há ainda estudos que evidenciam entraves na organização psíquica do portador de asma jovem e outros que verificam que a enfermidade contribui para o desenvolvimento de problemas de comportamento e dificuldades emocionais no trato familiar. (TEIXEIRA, 2004).

Segundo Teixeira et al. (2004), em especial as crianças, não conseguindo suprir as expectativas dos pais, desenvolvem uma autoimagem ruim, achando que são menos capaz, menos interessantes, inteligentes, "menos em tudo, de uma forma geral". Como consequência, na maioria das vezes, tornam-se inseguras com dificuldade em se autoafirmarem frente às demandas da realidade, ansiosas frente a mudanças, acontecimentos que ocorrem no contexto familiar ou no mundo externo, com problemas de alimentação e de relacionamento.

As repercussões psicológicas da asma são inegáveis, portanto. Os significados atribuídos à enfermidade - tanto pelo indivíduo quanto pela coletividade dentro de um contexto cultural - vêm despertando a atenção da clínica psicológica e psicanalítica. Embora as estratégias de cuidado de crianças e adolescentes portadores de asma enfatizem os aspectos físicos da enfermidade, mais recentemente os aspectos psicossociais vêm sendo enfatizados. (GOULART ; SPERB, 2003; TEIXEIRA, 2006).

A clínica médica, de forma geral, tende a se ancorar na apreensão objetiva dos exames clínicos ou laboratoriais, desconsiderando a subjetividade singular de cada paciente. (KUPFER; VOLTOLINI, apud TEIXEIRA, 2006).

Ocorre que, não raro, crianças e adolescentes fazem uma leitura de sua doença que reproduz a dominante, isto é, aquela do ponto de vista dos não-portadores da enfermidade, assumindo-a. Quando se compara a normalidade com aquilo que é relativo à média de todas as pessoas,

confunde-se o anormal com anomalia e então caracteriza-se como patológico tudo aquilo que não se encontra na curva mediana: portadores de asma seriam então considerados 'normais' antes da 'descompensação', pois não apresentam os sintomas da enfermidade. (MARCELLI, 1998).

Ora, esta é uma visão estigmatizante e muito frequente porque a asma não tem cura. Por esta visão, o indivíduo asmático é aquele que está em situação de inabilidade para a aceitação social plena, uma vez que a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para seus membros. Essas 'pré-compreensões' (por que não, 'pré-conceitos') são transformadas em expectativas normativas e exigências da sociedade, sendo apresentadas de modo rigoroso (GOFFMAN, 1988).

Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (GOFFMAN, 1988).

O estigma, portanto, remete a um atributo profundamente depreciativo, embora devesse haver uma linguagem de relações, e não de atributos, e nele se encontra uma característica sociológica: uma pessoa que poderia ter sido facilmente recebida na relação social cotidiana possui um traço que pode impor atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo possibilidades de atenção para outros atributos seus. À custa de um atributo estigmatizante, confirma-se a 'normalidade' de outrem. (GOFFMAN, 1988).

Esta perspectiva, em verdade, em nada auxilia o portador de asma. Ao contrário, faz com que ele adquira baixo status proativo, contribuindo significativamente e, por vezes, decididamente para reforçar o isolacionismo. (GOFFMAN, 1988).

Outro ponto merecedor de destaque quanto às repercussões psicológicas da asma é observado por Teixeira (2006). A autora aborda a pouca atenção destinada aos aspectos afetivos entre crianças e adolescentes portadores de asma e seus pais, o que denota a dominância da racionalidade biomédica no trato da doença, senso esta associada a dificuldade em se obter maior adesão ao tratamento.

O sofrimento põe o sujeito face às impotências, aos limites e à decadência corporal, expondo-o à perspectiva da morte e precipitando defesas e estratégias de enfrentamento que excedem a dimensão do organismo. Entender a clínica à escuta das doenças orgânicas significa concebê-la como invenção do sujeito, como momento em que ele emerge, mesmo que atado às amarras do corpo sofrente (...). (TEIXEIRA, 2006).

Daí a importância de incluir o mérito (sentido) psicológico e psiquiátrico na análise das repercussões da asma. Aplicando-o, é possível constituir um espaço dialógico onde criança e adolescente podem expressar seus sentimentos e dúvidas, mesmo de forma lúdica. Nesta proposta, privilegia-se o desenvolvimento de uma subjetividade positiva a respeito da doença e de recursos psíquicos para lidar com ela, concorrendo para minimizar os efeitos adversos, dado o caráter psicossomático associado à enfermidade (GOULART; SPERB, 2003; TEIXEIRA, 2006).

Além da psicoterapia como coadjuvante ao tratamento médico, Lehrer et al. (2002) noticiam outras intervenções a portadores de asma no campo da psicologia: intervenções cognitivas, como exercícios escritos de expressão emocional; treinamentos em relaxamento muscular e mental; ioga e hipnose.

Educação em asma

Segundo noticiam Lehrer et al. (2002), a complexidade de certos tratamentos de asma (uso de vários medicamentos em diferentes horários para diversos fins) dificulta o atendimento das orientações médica, que representa cerca de 30 e 46% dos casos. Some-se a isso o fato de que os médicos nem sempre dispõem de tempo e capacidade de comunicação adequados para orientar a seus pacientes os autocuidados necessários para o enfrentamento bem sucedido da enfermidade (TEIXEIRA, 2011).

Diante dos estigmas, do medo, do custo da medicação e de outros aspectos fisiológicos relacionados a uma doença crônica como asma, não somente o provimento de informações é suficiente para aumentar a adesão do paciente ao tratamento, mas se pensar em estratégias para envolvimento da família. (BETTENCOURT, 2002; CAMPOS, 2008).

Estas considerações abrem espaço para o tema 'educação em saúde', conceituado por Alves (2005) como um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

A atual concepção de educação em saúde orienta-se por um modelo de comunicação dialógico-participativa, no qual o usuário dos serviços de saúde é reconhecido como portador de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado.

Seu objetivo não é o de informar para a saúde em termos verticalizados e impositivos, mas de transformar saberes existentes, visando ao desenvolvimento da autonomia e de práticas emancipatórias e da responsabilidade no cuidado com a saúde. A partir do diálogo e intercâmbio entre saberes técnico-científicos e populares, "profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença". (ALVES, 2005).

A educação em saúde é um processo dinâmico que estimula as pessoas à tomada de decisão através de seus próprios esforços. Sua prática pedagógica direciona-se a diferentes públicos e pode ser aplicada ao trabalho individual, trabalho em grupos específicos e ao trabalho com comunidades, desenvolvendo-se em consultório, escolas, igrejas, comunidades, empresas públicas e privadas. Destarte, a educação associada à intervenção farmacológica é um dos pilares fundamentais no tratamento da asma.

De acordo com as orientações dos documentos de consenso, desenvolvidos no plano internacional por comitês de especialistas em asma - como, por exemplo, o *National Heart, Lung and Blood Institute*, NHLBI, dos Estados Unidos -, todos os pacientes devem ser instruídos a respeito da enfermidade, o que ela provoca, a natureza da medicação, dispositivos de autogestão, técnicas e planos de ação. A perspectiva assumida é que a educação em asma

impacta positivamente no manejo da enfermidade, diminuindo a morbidade e melhorando a qualidade de vida, tanto para crianças, quanto adultos. (LEHRER, 2002; BRYANT-STEPHENS; LI, 2004).

No Brasil, o documento 'IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma' (2006) acompanha essa perspectiva. Reitera a importância da educação para a construção de conhecimento sobre a doença entre portadores e familiares, por promover habilidades e confiança no tratamento, o que tende a causar um impacto positivo na mudança ativa de comportamentos na direção de uma melhor qualidade de vida..

Afirmam Boulet et al. (1994) que o principal objetivo da educação em asma é reduzir a morbidade e a mortalidade. Todavia, como a mortalidade por asma é relativamente pequena, consideram satisfatório para a maioria dos pacientes o controle da enfermidade, que tende a promover a melhoria da qualidade de vida e da capacidade funcional.

Vários programas de educação em saúde voltados para portadores de asma e familiares vêm sendo elaborados e aplicados dentro da linha de investigação 'Comunicação e Educação em Saúde'. Embora não seja recente, a abordagem ganhou força no Brasil na década de 90, ao lançar um olhar antropológico sobre a interação dos profissionais de saúde com os usuários-cidadãos. (CYRINO; CYRINO, 1997).

Pode-se afirmar que há uma anuência generalizada de que programas educacionais sobre asma para pacientes, famílias e cuidadores são também importante componente do tratamento da enfermidade. (TEIXEIRA et al., 2004). Visam ao aumento do conhecimento, à adequada automedicação e à mudança de comportamento, principalmente entre crianças e jovens. (BOULET, 1994).

Esses programas têm apresentado melhorias para a qualidade de vida dos portadores, com significativas reduções nos indicadores associados à doença como a redução da morbidade, de visitas não agendadas a ambulatórios e de hospitalizações, dos sintomas (como episódios de asma noturna), do absenteísmo ao trabalho e à escola (BETTENCOURT, 2002; DIRETRIZES... 2006; SANTANA, 2011).

Histórico de programas mais rigorosos em termos de padrões estabelecidos e de auditoria confirmam a melhoria na autogestão da enfermidade, na mudança positiva com o autocuidado, no incremento do desempenho escolar, em casos de crianças e adolescentes, e da atividade física, com representativa diminuição da ansiedade. Além disso, alguns relatos de experiência apresentam bons resultados em termos econômicos para a comunidade, sob a ótica do custo/benefício. (BOULET, 1994; SANTANA, 2011).

Programas de educação em asma devem basear-se nas orientações dos consensos, sendo aplicados em associação com o atendimento médico e adaptados às características culturais, educacionais, socioeconômicas e psicossociais da população-alvo. Devem ser realizados em ambiente apropriado e de forma adequada por equipes multidisciplinares que reúnam o maior número e variedade de especialistas, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, educadores e administradores, entre outros.

A equipe deve estar qualificada para transmitir adequadamente informações aos pacientes sobre os princípios da autogestão, com a devida habilidade para ajustar a forma e o meio de disseminar as mensagens e gerar conhecimentos. Ademais, é importante reconhecer que o

processo de difusão de saberes requer uma constante avaliação das práticas educacionais adotadas em relação a singularidade de cada indivíduo..

A despeito das reconhecidas dificuldades históricas, mesmo no serviço público, , há exemplos que reafirmam a possibilidade de se estruturar programas bem-sucedidos adaptados ao contexto local. (BETTENCOURT, 2002; RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000; BRYANT-STEPHENS; LI, 2004; BOULET, 1994; DIRETRIZES... 2006; VIEIRA, 2010; SANTANA, 2011).

Quanto à forma, as iniciativas podem ser informativas - possuindo conteúdo programático mínimo com simples informação oral, escrita ou por programação- e estruturadas que utilizam formas escrita, verbal, audiovisual, linguagem acessível e adaptada, monitoração dos sintomas, consultas médicas, reavaliações, plano de ação individual etc. Em geral, estas últimas têm obtido melhores resultados. (DIRETRIZES BRASILEIRAS... 2006).

Segundo Bryant-Stephens e Li (2004), a educação em asma implica não apenas a aquisição de conhecimentos sobre a enfermidade, mas também a capacidade de reter o conhecimento aprendido, resultando na efetiva aplicação diária dos conhecimentos adquiridos. Uma vez desenvolvendo esta capacidade, é possível manter o conhecimento por mais tempo e prolongar sua aplicação prática.

No mesmo sentido, Lehrer et al. (2002) consideram que superar o *gap* existente entre conhecimento e comportamento é ainda uma importante dimensão para o desenvolvimento da educação em saúde, sendo este um de seus fatores limitadores.

Talvez por esta razão, programas educacionais de asma devam principalmente motivar os envolvidos para obter aderência ao tratamento (de acordo com Lask, 2003, a pouca aderência é norma em doenças crônicas como a asma). Afirmam Boulet et al. (1994) que a motivação é essencial na intervenção educativa para que se promova mudança de comportamento, aderência, comprometimento e aplicação dos princípios do manejo da enfermidade.

Bryant-Stephens e Li (2004), por exemplo, no estudo empírico que empreenderam junto a 267 pais voluntários de crianças com asma de uma comunidade afro-americana de baixa renda, utilizaram com sucesso entre outras ferramentas um jogo de 'quiz' de múltipla escolha (*Asthma Knowledge Quiz*) para testar seus conhecimentos sobre a enfermidade e autogestão, que incluíram quatro temas principais: sintomas de asma, *triggers* (gatilhos), prevenção e uso adequado de equipamentos e medicamentos.

Acredita-se que o meio usado por esses autores é motivacional pelo aspecto lúdico. No entanto, Boulet et al. (1994) defendem que nenhum método de ensino, ou meio através do qual se pretende ensinar, funciona de maneira igual , em todas as suas configurações: muitos fatores influenciam a seleção do método e do meio.

Um exemplo disso são as crianças e adolescentes portadores de asma, sobretudo em espaços educativos como a escola. Neste caso, a coerção e assédio raramente mudam o comportamento, ao contrário, tendem a reforçá-lo (LAKS, 2003).

Audiovisual: suporte à educação em asma para crianças e adolescentes

O uso de material audiovisual na educação em asma aqui sugerido pode proporcionar grande motivação para este segmento populacional por ser uma experiência essencialmente dialógica,

revelando possibilidades criativas e críticas de interação com o outro (PEREIRA, 2011). “Não constitui um sistema fechado, mas processual, no qual é possível negociar sentidos entre os signos, as realidades e instâncias sociais”. (PIRES, 2009).

Transparências em retroprojetores, fotografias, slides de programas de computador e recursos de multimídia (filmes e vídeos legendados e/ou narrados) constituem o composto audiovisual. São uma das formas de mediação e difusão de saberes na sociedade midiaticizada, que pode inserir estrategicamente a educação no processo comunicacional (PIRES, 2010).

Não obstante o que prevalece é ainda o modelo tradicional que encerra a comunicação à sua dimensão instrumental, ou a compreende como simples espaço veiculador de mensagens, eo sistema escolar, aos processos de difusão normativa alicerçada na palavra escrita, e nem sempre favorecendo à cultura audiovisual. (PIRES, 2001; PEREIRA, 2011). Nesse sentido, conforme Pires (2010), as mídias audiovisuais ainda são um importante desafio para a escola, pois a produção midiática no espaço escolar “induz a interesses e comportamentos que perturbam o seu quadro habitual conformado pelas velhas práticas que há muito tempo atuam com uma racionalização disciplinadora, separando os saberes (...)”.

Sendo a tecnologia não só um recurso para gerar imagens, mas também um paradigma sociocultural na atualidade (PIRES, 2009) é possível inferir que a produção audiovisual é o registro do contemporâneo.

Santaella (2004) auxilia-nos nessa perspectiva quando observa que a vida cotidiana hoje é um espectro visual, um jogo de imagens que hipnotizam e seduzem, e meio pelo qual aprendemos a ler as mensagens. Assim, somos “(...) leitor de formas, volumes, massas, interações de forças, movimentos; leitor de luzes que acendem e se apagam; leitor cujo organismo mudou de marcha, sincronizando-se à aceleração do mundo”.

O desenvolvimento de outras práticas de leitura introduz um novo tipo de letramento (SOARES apud PIRES, 2009). E este novo leitor, que não lê apenas a palavra escrita, mas também as imagens, possui mecanismos diversos de interação e novas habilidades de leitura, mais sensoriais, perceptivas e cognitivas.

Pires (2010) afirma que a cultura midiática, os audiovisuais, não separa o sujeito sensível do sujeito inteligível; a atividade reflexiva do entretenimento e, desta forma, remete à dimensão emotiva, ao imaginário contemporâneo e mitologias de nossa época.

De fato, os meios audiovisuais, um amálgama complexo de sentidos, como observa Rose (2002), produzem, através de imagens, sons e efeitos sonoros e visuais, a linguagem dos signos que transitam pela dimensão simbólica que compõe a realidade, uma linguagem facilmente apreendida e decodificada, sobretudo por jovens. Por isso, a produção audiovisual se constitui ferramenta e dispositivo pedagógico importante junto a eles – especialmente vídeos têm forte apelo para crianças, apesar de ser material não-individualizado. (BOULET, 1994; PEREIRA, 2011).

Nessa perspectiva, a produção audiovisual pode ser compreendida como a ‘representação do eu’ na interação com o outro na vida cotidiana, a retratação da realidade suscitando empatia e atribuição de sentido ao contexto vivido em função de signos, símbolos e significados pelos quais o espectador se reconhece e se identifica. E ainda porque aguça a capacidade dos jovens

de visualizar os próprios conflitos e o dos outros, sua ludicidade e tecnicidade, permitindo a participação de todos. Viabiliza uma abertura ao outro. (TERZIAN apud PIRES, 2009).

Acredita-se, pois, que o material audiovisual pode ser valioso enquanto recurso pedagógico para a educação em asma em espaços educativos, uma vez que fortalece a identidade do portador e promove o seu sentimento de pertencimento (ou pertença) ao grupo ou comunidade (pelo reconhecimento e identificação).

Segundo Palacios (1995), atualmente comunidade se caracteriza pelo sentimento de pertencimento; pelo sentimento de comunidade; de permanência (em contraposição à efemeridade); pela territorialidade (real ou simbólica); e pela forma de comunicação entre seus membros. Pertencimento, portanto, é algo que motiva à interação, à cooperação, à reciprocidade, assiduidade e permanência.

Permite, ainda, a formação de subjetividades positivas em relação à enfermidade; e, através da linguagem e dando voz aos que têm algo em comum, a construção de importantes espaços de interação entre os diferentes atores envolvidos no processo. (PIRES, 2009, 2010). Estes espaços oportunizam debates sobre o tema (seja através de aconselhamento individual ou no próprio grupo); *feedback*; e a escuta reflexiva do que crianças e adolescentes dizem, bem como a sua percepção sobre a enfermidade e seus problemas de aderência ao tratamento (garantindo que foram ouvidas, compreendidas e aceitas sem julgamentos, validando seus sentimentos). (BOULET, 1994; LASK, 2003).

Sem isso, dificilmente haverá motivação e programas educacionais em asma bem sucedidos. São as oportunidades que o uso de material audiovisual proporcionam que sustentarão a motivação para aprender sobre a asma, a apreensão e retenção do conhecimento sobre a enfermidade, de modo a geri-la, e maior adesão ao tratamento e aplicação correta da prescrição, com ganhos em qualidade de vida.

O audiovisual pode ainda ser bastante útil como material complementar, esclarecendo informações gráficas ou levando o paciente a levantar questões que por ventura possam ter sido negligenciadas. (BOULET, 1994; TEIXEIRA, 2011).

Considerações Finais

Embora a asma não apresente altas taxas de mortalidade, causa inúmeros danos físicos e psicológicos a portadores e familiares e prejuízos aos diferentes sistemas de saúde. Não por acaso, vem sendo tratada como um problema de saúde pública.

A educação em asma é um dos pilares do tratamento bem sucedido da enfermidade, produzindo efeitos positivos em termos de conhecimento, manejo, autogestão e adesão. Inúmeros programas de educação em asma vêm sendo elaborados nesse sentido. Entretanto, a literatura observa que muitos deles podem não ser eficazes do ponto de vista da aderência, sobretudo junto a crianças e adolescentes. A falta de motivação seria um fator relevante nesse processo, não obstante ser a motivação essencial na intervenção educativa.

Propôs-se nesse artigo a reflexão do uso de recursos audiovisuais sobre educação em asma para crianças e adolescentes portadores da enfermidade em espaços educativos, em especial escolas.

Conforme analisado, recursos desta natureza apresentam-se como dispositivos pedagógicos válidos substancialmente porque 'falam' a linguagem contemporânea, mais facilmente apreendida e codificada por este segmento populacional. Remetem ao imaginário, a signos e dimensões simbólicas da realidade e principalmente à dimensão emotiva do sujeito.

Observou-se aqui que a produção audiovisual oportuniza outros importantes componentes motivacionais: permite a formação de subjetividade positiva em relação à enfermidade; fomenta o sentimento de pertencimento a grupos ou comunidades; e a construção de espaços interacionais fundamentais para dar voz ao paciente, para promover a escuta reflexiva e o retorno do processo.

Acredita-se que este é um recurso que pode apresentar resultados bastante positivos quanto à motivação na educação em asma entre jovens de modo a promover mudança de comportamentos, aderência e comprometimento. A literatura a respeito é ainda muito pequena. Sugere-se, pois, que estudos sejam realizados no sentido de investigar a efetividade do uso de material audiovisual como instrumento pedagógico na educação em asma.

Nota

1 A Lei 6259, de 30 de outubro de 1975, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças à vigilância epidemiológica, e dá outras providências quanto à prevenção das chamadas doenças tropicais, hepatite, as doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e a tuberculose. Todavia, ficam de fora a asma e outras DNTs, como as neoplasias, o diabetes e as doenças cardiovasculares.

Referência Bibliográfica

III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.28, S1, 2002.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, v.29, n.5, 2006.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

BETTENCOURT, A. R. C. *et al.* Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. **Jornal de Pneumologia**, v.28, n.4, p.193-200, 2002.

BOULET, L. P. *et al.* Asthma education. **CHEST Journal**, v.106, n.4 p.184S-196S, 1994.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRYANT-STEPHENS, T.; LI, Y. Community asthma education program for parents of urban asthmatic children. **Journal of The National Medical Association**, v.96, n.7, Jul. 2004.

CAMPOS, H. S. Asma: suas origens, seus mecanismos inflamatórios e o papel do corticosteróide. **Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária**, v.15, n.1, p.47-60, 2007.

CAMPOS, H. S. Asma e DPOC: vida e morte. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.12, n.1, p.39-55, 2004.

- CAMPOS, H. S. Considerando a asma. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.10, n.1, p.74-75, 2002.
- CAMPOS, H. S. Doenças pulmonares crônicas. **RBM: revista brasileira de medicina**, v.65, n.3, p.42-55, 2008.
- CARVALHO, N. S. *et al.* Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.33, n.1, p.1-6, 2007.
- CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G. Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, p.157-168, 1997.
- FRANZEN, E. *et al.* Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista HCPA**, v.27, n.2, p.28-31, 2007.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOULART, C. M.; SPERB, T. M. Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, v.16, n.2, p.355-365, 2003.
- LASK, B. Motivating children and adolescents to improve adherence. **The Journal of Pediatrics**, v.143, n.4, p.430-433, 2003.
- LEHRER, P. *et al.* Psychological aspects of asthma. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.70, n.3, p.691-711, 2002.
- MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia de ajuriaguerra**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- MARTINS, R. **21 de Junho, "Dia Nacional de Controle da Asma"**. Cuiabá, MT: Saúde, 21 de jun. de 2010. Disponível em: <<http://www.mtsaude.mt.gov.br>> Acesso em: jan. 2011.
- MCQUEEN, D. Continuing efforts in global chronic disease prevention. **Preventing Chronic Disease**, v.4, n.2, p.1-2, 2007.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.
- NOGUEIRA, K. T.; LOPES, C. S. Associação entre transtornos mentais comuns e qualidade de vida em adolescentes asmáticos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.3, p.476-486, 2010.
- PALACIOS, M. O medo do vazio: comunicação, sociabilidade e novas tribos. In: RUBIM, A. A. C. (Org.). **Idade Mídia**. Salvador: EDUFBA, 1995.
- PEREIRA, D. Mídia e ciência são temas discutidos em seminário no ISC. **Ciência e Cultura**. 02 set. 2011. Disponível em: <<http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/midia-e-ciencia-sao-temas-de-seminario-no-isc>>. Acesso em: 4 set. 2011
- PIRES, E. G. A experiência audiovisual nos espaços educativos: possíveis interseções entre educação e comunicação. **Revista Educação e Pesquisa**, v.36, n.1, p.281-295, 2010.

PIRES, E. G. Algumas reflexões sobre educação e meios audiovisuais. **Revista Travessias**, v.3, n.2, p.1-16, 2009.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **Jornal de Pneumologia**, v.26, n.4, p.207-213, 2000.

ROSE, D. Análise de imagens em movimento. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual pratico**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTAELLA, L. **Navegar no ciberespaço: o perfil cognitivo do leitor imersivo**. São Paulo: Paulus, 2004.

SANTANA, R. Programa de controle da asma da Famed-Ufba é modelo para OMS. **Ciência e Cultura**. 1 set. 2011. Disponível em: <<http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/destaques/programa-de-controle-da-asma-da-famed-ufba-e-considerado-modelo-pela-organizacao-mundial-da-saude>>. Acesso em: 4 set. 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia alerta para a falta de informação da população sobre a asma. **Boletim da SBPT**, Brasília, v.8, n.3, p.1-9, 2009.

TEIXEIRA, L. C. Morte, luto e organização familiar: à escuta da criança na clínica psicanalítica. **Revista Psicologia Clínica**, v.18, n.2, p.63-76, 2006.

TEIXEIRA, L. R. *et al.* Percepção dos pais sobre as limitações da asma em alunos de um programa de educação física adaptada. **Revista Diálogos Possíveis**, v.4, n.1, p.175-190, 2004.

TEIXEIRA, M. Comunicação ameniza preconceitos gerados pela tuberculose. **Ciência e Cultura**. 31 maio 2011. Disponível em: <<http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/comunicacao-ameniza-preconceitos-gerados-pela-tuberculose>>. Acesso em: 4 set. 2011

VIEIRA, A. Asma é a terceira causa de internação hospitalar no País. **A Tarde**, Salvador, 19 dez. 2010. Caderno Região Metropolitana, p. A8-A9.

WEN, C. L. Proposta da série juventude, saúde e comunicação. **Juventude, Saúde e Comunicação**, Brasília, Ano 10, Boletim n.9, ago. 2010. Secretaria de Educação a Distância/Ministério da Educação