






Vivência acadêmica no manejo da asma infantil: escuta, acolhimento e educação na Atenção Primária

Academic experience in the management of childhood asthma: listening, support and education in Primary Care

Submetido em: 17/07/2025 | Aceito em: 02/01/2026 | Publicado em: 07/02/2026

Isadora Pedrosa Ferreira de Assis¹ , Ágatha Stephane Alves Serrano¹ , Ludmila Karen Silva¹ , Maria Giulia de Oliveira Carvalho¹ , Augusto Rangel Mattos Jardim¹ 

¹ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil
E-mail: augusto.jardim@cienciasmedicasmg.edu.br


Declaração de conflito de interesses: Não há conflito de interesses

RESUMO

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, altamente prevalente na infância, sendo uma das principais causas de hospitalizações pediátricas no Brasil. Seu manejo adequado demanda, além do tratamento medicamentoso, intervenções educativas que promovam o autocuidado, o uso correto de dispositivos inalatórios e o engajamento dos cuidadores, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Relatar a experiência de estudantes de Medicina do 3º período da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais na condução de ações educativas voltadas ao manejo da asma infantil, com foco no fortalecimento do vínculo entre famílias, comunidade e equipe de saúde. **Relato de Experiência:** A intervenção, que deu continuidade a um projeto iniciado no semestre anterior, ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde e em uma escola pública da região Oeste de Belo Horizonte. Foram identificadas 24 crianças em uso recente de medicamentos inalatórios, cujos cuidadores foram convidados a participar de encontros presenciais. Nessas ocasiões, aplicaram-se questionários estruturados, orientações práticas sobre a técnica inalatória e rodas de conversa sobre fatores desencadeantes e aspectos clínicos da doença. A intervenção também possibilitou a categorização da gravidade dos casos e a identificação de barreiras no manejo domiciliar da asma. **Considerações Finais:** A experiência demonstrou o potencial das ações educativas na melhoria do controle da asma infantil e na promoção do cuidado compartilhado, além de contribuir para a formação crítica, empática e comunicativa dos estudantes no âmbito da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Educação Médica; Cuidadores; Asma.

ABSTRACT

 Licenciado sob a [CCBY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Introduction: Asthma is a chronic inflammatory disease of the airways, highly prevalent in childhood and a leading cause of pediatric hospitalizations in Brazil. Its effective management requires not only pharmacological treatment but also educational interventions that promote self-care, proper use of inhalation devices and active caregiver involvement, especially within the context of Primary Health Care (PHC). **Objective:** To report the experience of third-semester medical students from Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais in conducting educational activities aimed at managing childhood asthma, with emphasis on strengthening the connection between families, the community and the healthcare team. **Experience report:** The intervention, which continued a project initiated in the previous semester, was carried out at a Primary Health Unit and a public school in the western region of Belo Horizonte. A total of 24 children who had recently used inhalation medications were identified, and their caregivers were invited to attend in-person sessions. These sessions included the application of structured questionnaires, practical instruction on inhalation techniques, and group discussion about asthma triggers and clinical aspects of the disease were held. The initiative also enabled the classification of asthma severity and the identification of barriers to effective home management. **Final considerations:** The experience highlighted the potential of the educational activities in improving childhood asthma control and promoting shared care. Furthermore, it contributed to the development of critical thinking, empathy and communication skills among medical students within the scope of Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; Health Education; Medical Education; Caregivers; Asthma.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, caracterizada por hiperresponsividade brônquica e obstrução variável e geralmente reversível do fluxo aéreo, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse¹. Esses sintomas ocorrem com maior frequência durante a noite, nas primeiras horas da manhã ou após exposição a fatores desencadeantes, como infecções respiratórias, aeroalérgenos, poluentes ambientais, esforço físico e variações climáticas. Trata-se de uma das doenças crônicas mais prevalentes na infância, com importante impacto em saúde pública em escala global, conforme demonstrado pelo *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*². É uma condição sem cura, que exige acompanhamento contínuo e manejo individualizado ao longo do tempo, conforme preconizado por diretrizes clínicas internacionais, como a Global Initiative for Asthma (GINA)¹, e sustentado por evidências de revisões sistemáticas que apontam o papel das intervenções educativas no controle da asma infantil, na redução da morbidade e na utilização de serviços de saúde, ainda que com variação na magnitude dos efeitos conforme o contexto e o tipo de intervenção³.

Do ponto de vista epidemiológico, a asma representa um importante problema de saúde pública, especialmente na infância. Dados do International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) apontam elevada prevalência de asma ativa no Brasil, estimada em 24,3% entre crianças de 6 a 7 anos e 19% entre adolescentes de 13 a 14 anos, posicionando o país entre aqueles com maiores índices da doença em populações pediátricas². Além disso, estudos evidenciam disparidades regionais no controle da asma infantil na América Latina, associadas a fatores socioeconômicos, ambientais e às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, o que contribui para maiores taxas de morbidade e hospitalizações¹.

No contexto nacional, dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registram aproximadamente 350 mil internações anuais por asma, configurando a doença como uma das principais causas de hospitalização pediátrica no Brasil⁴. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias que extrapolem o enfoque exclusivamente medicamentoso, incorporando ações educativas, acompanhamento longitudinal e fortalecimento do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), nível responsável pela coordenação do cuidado e pelo manejo das condições crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

Estudos científicos indicam que intervenções educativas são componentes fundamentais no controle da asma, especialmente quando associadas ao acompanhamento regular por profissionais de saúde. Revisões sistemáticas com meta-análise demonstram que programas estruturados de educação para o autogerenciamento contribuem para a redução de hospitalizações e atendimentos de urgência, além de melhora da qualidade de vida de pessoas com asma⁶. Embora grande parte dessas evidências derive de populações adultas, elas oferecem embasamento teórico para a adoção de estratégias educativas também no contexto pediátrico, sobretudo quando mediadas pelos cuidadores.

Nesse sentido, estudos recentes têm ampliado a compreensão sobre a efetividade de estratégias educativas comunitárias no manejo da asma infantil, especialmente quando integradas à Atenção Primária à Saúde. Um ensaio clínico randomizado de efetividade comparativa, conduzido entre 2016 e 2019, demonstrou que intervenções educativas realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, com visitas domiciliares, promoveram melhora sustentada do controle da asma em crianças de populações vulneráveis, além de redução nas limitações funcionais e na utilização de serviços de urgência, quando comparadas à educação em asma exclusivamente ambulatorial⁷.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, essas ações educativas se alinham aos princípios do SUS, especialmente à promoção da saúde, à integralidade do cuidado e à participação social. Evidências da literatura em saúde coletiva indicam que a educação em saúde desenvolvida no território, associada à escuta qualificada e ao fortalecimento do vínculo entre profissionais, usuários e famílias, contribui para maior adesão terapêutica, estímulo ao autocuidado e melhoria da qualidade de vida das crianças com asma, além de favorecer a corresponsabilização das famílias no manejo cotidiano da doença^{5,8}.

Diante desse contexto, estudantes de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, no âmbito da disciplina Prática em Saúde Coletiva II, desenvolveram ações educativas voltadas ao manejo da asma infantil em uma Unidade Básica de Saúde e em uma escola pública da região Oeste de Belo Horizonte. As atividades foram realizadas por meio de rodas de conversa com cuidadores de crianças asmáticas, com foco na orientação sobre o manejo adequado da doença, na identificação de fatores desencadeantes e na estratificação da gravidade dos casos, buscando qualificar o cuidado na Atenção Primária à Saúde e contribuir para a formação acadêmica dos estudantes.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato integra a continuidade de um projeto iniciado no semestre anterior, também conduzido por estudantes, que identificou crianças elegíveis ao acompanhamento e realizou a primeira etapa das intervenções educativas. Na fase atual, buscou-se expandir o alcance da proposta, envolvendo novas famílias e aprofundando a abordagem do cuidado integral.

As informações apresentadas neste relato possuem caráter exclusivamente descritivo e pedagógico, sendo utilizadas como subsídio para a reflexão sobre a vivência acadêmica e para a qualificação das ações educativas desenvolvidas no território. Não houve delineamento de pesquisa, formulação de hipóteses, análise estatística ou intenção de produção de conhecimento generalizável. Os dados clínicos e sociodemográficos foram utilizados de forma agregada, sem identificação individual dos participantes, no contexto de atividade de ensino-serviço. Dessa forma, o trabalho enquadra-se como relato de experiência em educação em saúde, não configurando pesquisa científica.

Para a realização do acompanhamento, foi realizada a categorização dos pacientes conforme a gravidade da asma, com base nos dados do Programa “Criança que Chia”, por meio de questionário estruturado, visando auxiliar no direcionamento terapêutico do serviço de saúde. A experiência buscou integrar teoria e prática no contexto da Atenção Primária, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas, comunicativas e humanizadas essenciais à formação médica.

A atividade foi realizada entre março e maio de 2024 por estudantes do 3º período do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, com apoio das equipes de saúde locais e supervisão docente, no âmbito da disciplina Prática em Saúde Coletiva II. A ação deu continuidade a um projeto iniciado por alunos do mesmo período no semestre anterior, voltado à educação em saúde no manejo da asma infantil. Nesta nova etapa, buscou-se não apenas reforçar as orientações previamente abordadas, mas também ampliar o alcance das intervenções, envolvendo um número maior de crianças e suas famílias e fortalecendo a integração entre os serviços de saúde, a escola e a comunidade.

A intervenção ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em uma escola pública localizada na região Oeste de Belo Horizonte. Inicialmente, foi realizado um levantamento junto à farmácia da UBS para identificar crianças de até 12 anos em uso recente de medicamentos inalatórios, conforme registros de prescrição. Foram identificadas, no início do projeto, 158 crianças elegíveis com diagnóstico de asma ou histórico clínico compatível, a partir dos dados da farmácia da UBS. No entanto, nesta etapa do projeto, apenas 24 crianças compareceram às atividades nos dias agendados, após convite realizado pelas equipes de saúde. Cabe destacar que, na fase inicial do projeto, conduzida no semestre anterior, foram alcançadas 35 crianças, representando uma adesão cumulativa de aproximadamente 37,3%. Para evitar duplicidade e expandir o impacto da ação, somente aquelas que não haviam participado anteriormente foram convidadas nesta fase. A baixa adesão observada pode estar associada a múltiplos fatores, como a disponibilidade dos responsáveis, a distância do domicílio até a unidade de saúde e a percepção da gravidade da doença. Esses aspectos podem ter contribuído para um viés de seleção, ainda que os casos incluídos tenham apresentado perfil clínico relevante para a realização das intervenções educativas e para o acompanhamento assistencial das crianças durante a vivência. A partir deste ponto, as informações descritas ao longo do texto referem-se exclusivamente à etapa atual do projeto, realizada no primeiro semestre de 2024, correspondendo às observações e caracterizações realizadas durante a vivência educativa.

Os dados apresentados a seguir possuem caráter descritivo e ilustrativo da experiência vivenciada durante a intervenção, sendo utilizados como subsídio para reflexão sobre o perfil do público atendido e as percepções observadas ao longo da atividade, incluindo um perfil clínico relevante para a condução das atividades educativas propostas e para a organização do

acompanhamento assistencial no contexto da Atenção Primária à Saúde, sem pretensão de análise estatística ou inferência populacional.

As 24 crianças participantes tinham idade média de 6 anos e 2 meses, variando entre 1 ano e 1 mês e 14 anos e 10 meses, com predomínio das faixas pré-escolar e escolar inicial. Quanto à distribuição por equipes da UBS, 10 estavam vinculadas à Equipe 1, 5 à Equipe 2 e 9 à Equipe 3. Observou-se menor adesão da Equipe 2, possivelmente devido à maior distância entre os domicílios das famílias atendidas e o Centro de Saúde, o que pode ter dificultado a participação. Como tentativa de ampliar a inclusão desse grupo, algumas ações foram transferidas para uma escola situada na área de abrangência da equipe, contudo, sem aumento expressivo na adesão.

As famílias foram organizadas em pequenos grupos e participaram de encontros presenciais com duração média de 60 minutos, realizados na UBS e na escola. Os encontros foram conduzidos pelos estudantes, sob supervisão docente, e incluíram rodas de conversa, escuta qualificada, demonstrações práticas sobre o uso correto dos dispositivos inalatórios e aplicação de questionários estruturados para coleta de dados clínicos e socioeconômicos.

Os questionários utilizados durante os encontros abordaram aspectos demográficos, padrões de sintomas, uso de medicamentos, fatores desencadeantes e dificuldades relatadas pelos cuidadores no manejo domiciliar da asma. Esses instrumentos tiveram como finalidade subsidiar as ações educativas, organizar o acompanhamento das crianças durante a vivência e qualificar as orientações oferecidas, não possuindo caráter investigativo ou analítico. As informações obtidas serviram como apoio pedagógico e assistencial, permitindo adequar a abordagem educativa às necessidades percebidas pelos estudantes e pela equipe de saúde.

Durante os encontros, foram identificadas importantes lacunas no manejo domiciliar da asma. Essas dificuldades são amplamente descritas na literatura, incluindo a utilização inadequada dos dispositivos inalatórios e falhas na técnica de uso, aspectos diretamente associados à efetividade do tratamento e frequentemente abordados em intervenções educativas, além de dúvidas quanto à adesão às medicações de controle e ao manejo dos fatores ambientais agravantes^{3,9}. Tais aspectos comprometem o controle da doença, aumentam o risco de exacerbações e impactam negativamente a qualidade de vida das crianças, reforçando a necessidade de intervenções educativas contínuas, acessíveis e contextualizadas à realidade das famílias atendidas na APS.

A maioria dos cuidadores (58,3%) relatou uso intermitente dos medicamentos, predominantemente durante as crises, enquanto apenas 25% referiram uso regular, diário ou superior a duas vezes por semana. Também foram relatadas dificuldades na administração da medicação em crianças pequenas, especialmente em decúbito dorsal, além de dúvidas quanto à higienização do espaçador e incertezas relacionadas a conceitos como “dose de ataque”, indicando a necessidade de reforço sistemático das orientações durante o acompanhamento.

Do ponto de vista clínico, 58,3% das crianças apresentavam sintomas em até dois dias por semana, e 16,7% manifestavam crises mais de uma vez ao dia. Em relação ao uso do inalador de resgate, 25% faziam uso diário ou múltiplas vezes por dia. Apenas duas crianças apresentavam despertares noturnos frequentes. No que tange às atividades funcionais, 54,2% não relataram limitações, enquanto 16,6% apontaram restrições de leve a extrema, afetando principalmente atividades escolares e recreativas.

Fatores ambientais foram apontados com frequência como agravantes do quadro asmático das crianças acompanhadas. Destacaram-se, entre os mais comuns, a presença de animais dentro

do domicílio (relatada por 18 famílias), a exposição a alérgenos como poeira e mofo (15 famílias) e o convívio com tabagistas (7 famílias). Esses elementos são amplamente reconhecidos pela literatura científica como contribuintes significativos para a inflamação brônquica e o desencadeamento de sintomas^{1,2}. Tais achados reforçam a importância de uma abordagem ampliada do cuidado, que contemple não apenas o uso correto da medicação, mas também mudanças no ambiente domiciliar como parte fundamental do manejo da asma⁵.

Quanto à gravidade, 21 crianças foram classificadas com asma persistente — sendo 10 com formas leves, 6 moderadas e 5 graves —, e apenas 3 com formas intermitentes. Essa distribuição pode refletir um viés de seleção, pois famílias de crianças com sintomas mais intensos tendem a buscar mais ativamente os serviços de saúde e participar de atividades como essa. Por outro lado, casos mais leves podem ter permanecido à margem da intervenção. Ainda assim, os relatos de limitações nas atividades diárias por algumas crianças refletem o impacto funcional da doença e reforçam a necessidade de acompanhamento contínuo.

A ação permitiu não apenas a orientação clínica e a reclassificação da gravidade dos casos, mas também o fortalecimento da educação em saúde como ferramenta para o autocuidado das famílias. Para os estudantes, o contato direto com as crianças, cuidadores e equipes de saúde ampliou a compreensão dos desafios envolvidos no manejo da asma infantil no território, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas, comunicativas e humanizadas, alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde.

A experiência evidenciou, ainda, o potencial formativo de intervenções educativas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde com participação ativa de estudantes de Medicina, especialmente no que se refere à articulação entre ensino, serviço e comunidade e à construção de uma prática profissional crítica, ética e socialmente comprometida, conforme apontado por estudos que discutem a formação médica orientada para o SUS^{10,11}.

REFLEXÕES TEÓRICAS

Diante das observações realizadas durante a intervenção e dos desafios identificados no manejo da asma infantil, tornam-se necessárias reflexões teóricas que permitam aprofundar a análise da experiência vivenciada e compreender seus desdobramentos tanto na formação médica quanto na prática da Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o nível de atenção mais próximo da população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado, pelo desenvolvimento de ações de prevenção e pela promoção da saúde⁶. Em condições crônicas, como a asma infantil, a APS desempenha papel central ao possibilitar o acompanhamento longitudinal das crianças e de suas famílias, criando oportunidades para intervenções educativas que fortalecem o autocuidado e a corresponsabilização familiar no manejo da doença³.

A educação em saúde é compreendida como um processo dialógico que visa ampliar a autonomia dos indivíduos e coletivos no enfrentamento de seus problemas de saúde⁹. No contexto da asma infantil, essa estratégia é fundamental para o controle da doença, ao orientar os cuidadores quanto ao uso correto dos dispositivos inalatórios, à identificação precoce dos fatores desencadeantes e à importância da adesão ao tratamento contínuo. Estudos demonstram que ações educativas estruturadas contribuem para a redução de hospitalizações⁸, para a melhora da qualidade de vida e para o aumento da eficácia terapêutica em crianças asmáticas¹⁰. Revisões

sistemáticas recentes reforçam a relevância dessas intervenções, e a atualização da revisão Cochrane sobre intervenções educativas domiciliares aponta que tais estratégias podem contribuir para a melhora da qualidade de vida e para a redução de hospitalizações, embora seus efeitos variem conforme o contexto, a intensidade e os componentes da intervenção, apresentando baixa a muito baixa certeza das evidências, em razão da heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos^{3,11}.

Nesse sentido, evidências científicas recentes corroboram a efetividade de intervenções educativas comunitárias no manejo da asma infantil. Um ensaio clínico randomizado de efetividade comparativa demonstrou que crianças acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde, por meio de visitas domiciliares e educação continuada, apresentaram melhora mais acentuada e sustentada no controle da asma, além de redução significativa nas limitações das atividades diárias, quando comparadas àquelas que receberam apenas educação ambulatorial com educadores certificados⁷. Esses achados reforçam a relevância de estratégias educacionais territorializadas, integradas aos serviços de saúde e orientadas para o fortalecimento do vínculo e da responsabilização familiar, princípios centrais da Atenção Primária à Saúde.

Tais ações também contribuem para a construção do vínculo entre profissionais de saúde, pacientes e comunidade, favorecendo a escuta qualificada e o acolhimento, aspectos centrais do cuidado na Atenção Primária à Saúde, os quais têm sua efetividade evidenciada por intervenções educativas comunitárias integradas aos serviços de saúde⁷. No contexto do presente projeto, as rodas de conversa e os encontros presenciais configuraram-se como um ambiente favorável ao diálogo, esclarecimento de dúvidas e compartilhamento de experiências, favorecendo o fortalecimento dos vínculos e a efetividade das intervenções. Esses elementos são apontados pela literatura como essenciais para a consolidação das práticas de educação em saúde na APS, especialmente quando mediadas por estratégias participativas presenciais¹².

Outro aspecto central dessa experiência está relacionado à formação médica. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Medicina no Brasil recomendam a integração ensino-serviço-comunidade desde os primeiros períodos do curso, com ênfase em uma formação crítica, ética e humanizada¹¹. Estudos contemporâneos destacam que a inserção dos estudantes em experiências comunitárias fortalece o processo ensino-aprendizagem e o compromisso social da formação médica¹³. A vivência dos estudantes em atividades de educação em saúde no território favorece o desenvolvimento de competências comunicativas, técnicas e reflexivas, além de ampliar a compreensão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Ademais, a literatura também defende que a formação dos profissionais de saúde deve estar ancorada em experiências interprofissionais e centradas na realidade local, o que favorece a transformação dos sistemas de saúde, especialmente quando desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde¹⁴.

No presente trabalho, o contato direto com os cuidadores permitiu aos estudantes não apenas aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos, mas também vivenciar os desafios reais do manejo da asma na infância, como o desconhecimento sobre o uso dos dispositivos, as dúvidas quanto à frequência das medicações e a influência de fatores ambientais e socioeconômicos sobre o controle da doença. Essas percepções observadas durante a vivência são coerentes com evidências recentes que apontam a educação em saúde como estratégia associada à melhora do manejo da asma infantil e à redução de desfechos negativos, como hospitalizações e atendimentos de urgência¹⁵.

Esses fatores ambientais — como exposição à poeira, mofo, tabagismo passivo e presença de animais no domicílio — são amplamente reconhecidos como potenciais agravantes da asma¹. A abordagem dessas condições requer uma atuação intersetorial que ultrapasse os limites do cuidado clínico, reforçando a importância da educação em saúde como ferramenta capaz de promover mudanças no ambiente e nos hábitos familiares, contribuindo para o controle adequado da doença.

Portanto, a articulação entre educação em saúde, atuação comunitária na Atenção Primária à Saúde e formação médica prática e humanizada configura-se como uma estratégia potente para o enfrentamento da asma infantil. Ao integrar teoria e prática em um contexto real, o projeto descrito contribui para o fortalecimento do cuidado às crianças e suas famílias, especialmente no que se refere à compreensão da doença, ao manejo domiciliar e à adesão às orientações terapêuticas, além de favorecer a formação de profissionais comprometidos com a promoção da saúde e com os princípios do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada evidenciou o papel da educação em saúde no manejo da asma infantil, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde. As rodas de conversa e as ações educativas realizadas com os cuidadores configuraram-se como espaços relevantes para o compartilhamento de conhecimentos, o estímulo ao autocuidado e o fortalecimento das relações entre famílias, equipe de saúde e estudantes. O predomínio de quadros persistentes entre os participantes, caracterizados por sintomas contínuos e maior necessidade de acompanhamento, refletiu o perfil clínico do público atendido e revelou um viés de seleção inerente à proposta, uma vez que famílias de crianças com sintomas mais intensos tendem a buscar com maior frequência os serviços de saúde. Embora não permita inferências sobre desfechos clínicos, a experiência possibilitou refletir criticamente sobre os desafios e as potencialidades das ações educativas no território, evidenciando limites estruturais e organizacionais da Atenção Primária à Saúde no cuidado às crianças com asma.

Apesar dessa limitação, a vivência possibilitou aprendizados importantes, como maior envolvimento dos cuidadores no manejo da doença, ampliação da compreensão sobre fatores desencadeantes e uso dos dispositivos inalatórios, além do fortalecimento da aproximação entre a comunidade e o serviço de saúde. Para os estudantes, o contato direto com a realidade dos usuários e a reflexão crítica sobre os desafios da educação em saúde contribuíram para o desenvolvimento de competências técnicas, comunicativas e humanizadas, essenciais à formação médica.

Em síntese, a experiência reforça que intervenções educativas integradas à rotina da Atenção Primária à Saúde constituem estratégias relevantes tanto para o fortalecimento do cuidado às crianças com asma e suas famílias quanto para a formação de profissionais comprometidos com a promoção da saúde, a escuta qualificada e os princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention: 2023 update [Internet]. Fontana (WI): GINA; 2023 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://ginasthma.org/>
2. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CKW, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006;368(9537):733–43.

3. O'Connor A, Hasan M, Sriram KB, Carson-Chahhoud KV. Home-based educational interventions for children with asthma. *Cochrane Database Syst Ver.* 2025;2:CD008469. Doi:10.1002/14651858.CD008469.pub3.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2025 Jun 20]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-1797.
6. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat AEM, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde [Internet]. *Saúde em Debate.* 2018;42(spe1):244–260 [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
7. Martin MA, Pugach O, Mosnaim G, Weinstein S, Rosales G, Roy A, et al. Community health worker asthma interventions for children: results from a clinically integrated randomized comparative effectiveness trial (2016–2019). *Am J Public Health.* 2021;111(7):1328-1337. Doi:10.2105/AJPH.2021.306272.
8. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, et al. Same same or different? A review of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):3–11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029.
9. Normansell R, Kew KM, Mathioudakis AG. Interventions to improve inhaler technique for people with asthma. *Cochrane Database Syst Ver.* 2017;3:CD012286. Doi:10.1002/14651858.CD012286.pub2.
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-58.
11. Ministério da Educação (BR). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
12. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J.* 2015;46(3):596-602.
13. Dornan T, Conn R, Monaghan H, Kearney G, Gillespie H, Bennett D. Experience-based learning (ExBL): clinical teaching for the twenty-first century. *Med Teach.* 2021;43(2):144–150.
14. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Ver.* 2021;1:CD000072.