

## CONHECIMENTO DA FAMÍLIA SOBRE OS FATORES PRECIPITANTES DA CRISE ASMÁTICA NA CRIANÇA

*FAMILY KNOWLEDGE ABOUT PRECIPITATING FACTORS OF ASTHMATIC CRISIS IN CHILDREN*

*CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE LOS FACTORES DESENGADENANTES DE LA CRISIS  
ASMÁTICA EN EL NIÑO*

JOSELANY ÁFIO CAETANO<sup>1</sup>

MARIA ALZETE DE LIMA<sup>2</sup>

ENEDINA SOARES<sup>3</sup>

MAIRA DI CIERO MIRANDA<sup>4</sup>

*Objetivou-se investigar o conhecimento da família quanto aos fatores precipitantes da crise asmática na criança; identificar as ações da família ante uma crise asmática e os recursos utilizados para controlá-la. Pesquisa transversal, descritiva, com 50 familiares de crianças asmáticas, mediante entrevista estruturada. Os resultados apontaram que a prevalência de asma foi maior entre as crianças de 1 a 7 anos e os conhecimentos dos seus familiares ainda são superficiais acerca dessa doença. Como medidas preventivas mais adotadas mencionaram evitar: ambiente empoeirado, andar descalço, beber água gelada, exposição a fumaças, contato com brinquedos ou animais de pelúcia. Tosse frequente, “peito cerrado” e dificuldade de respirar foram os sintomas mais citados. Concluiu-se ser necessário criar programas destinados a desenvolver ações educativas de saúde com as famílias, no concernente ao estilo de vida, prevenção da exacerbação das crises e aderência ao tratamento.*

**DESCRIPTORIOS:** Estado Asmático; Prevenção & Controle; Família; Enfermagem.

*This study aimed to investigate how much families know about precipitating factors for asthmatic crisis in children; to identify their actions when a crisis occurs and the resources used to control it. It is a Cross-sectional and descriptive research, involving 50 relatives of children with asthma, using structured interviews. The results of the study show higher prevalence of asthma in children from 1 to 7 years old and that their relatives' knowledge on this disease remains superficial. The most mentioned prevention measures were to avoid: dusty environments, barefoot walking, drinking cold water, exposure to smoke, contact with plush toys or animals. Frequent cough, “tight chest” and breathing difficulties were the most cited symptoms. Programs need to be created to develop health education actions with these families, addressing lifestyle, prevention of crisis exacerbation and treatment adherence.*

**DESCRIPTORS:** Status Asthmaticus; Prevention & Control; Family; Nursing.

*La finalidad de este estudio fue investigar el conocimiento de la familia respecto a los factores precipitantes de la crisis asmática en niños; identificar las acciones de la familia ante una crisis asmática y los recursos utilizados para controlarla. Investigación transversal, descriptiva, con 50 familiares de niños asmáticos, mediante entrevista estructurada. Los resultados indicaron que la prevalencia de asma fue mayor entre los niños de 1 a 7 años y que los conocimientos de sus familiares acerca de esa enfermedad siguen siendo superficiales. Como medidas preventivas más adoptadas mencionaron evitar: ambiente con polvo, andar descalzo, beber agua helada, exposición a fumaradas, contacto con juguetes o animales de peluche. Tos frecuente, “pecho cerrado” y dificultad de respirar fueron los síntomas más citados. En conclusión, es necesario crear programas destinados a desarrollar acciones educativas de salud con las familias, respecto al estilo de vida, prevención de la exacerbación de las crisis y adhesión al tratamiento.*

**DESCRIPTORIOS:** Estado Asmático; Prevención & Control; Familia; Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil (UFC). Endereço: Rua Aécio Cabral nº 300, casa 400, Cocó. CEP: 60135-480; Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil. Bolsista FUNCAP/Brasil. E-mail: alzetelima@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira Livre-Docente. Professora do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Brasil. E-mail: soaresene@ig.com.br

<sup>4</sup> Doutora. Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC. Brasil. E-mail: mairadi@bol.com.br

## INTRODUÇÃO

A asma pode aparecer inicialmente em qualquer idade, desde os primeiros dias de vida até a velhice. Concomitantemente ou não com as alergias das vias aéreas superiores<sup>(1)</sup>, representa uma das doenças crônicas mais comuns da infância<sup>(2)</sup>. É considerada um problema mundial com um aumento da carga socioeconômica sobre os indivíduos e a sociedade<sup>(3-4)</sup>.

A frequência de asma tem se elevado mundialmente e vem aumentando de acordo com o grau de urbanização das populações. A Organização Mundial da Saúde projeta um aumento da proporção da população mundial urbana em até 59% em 2025, o que poderá concorrer para um aumento do número de asma no mundo<sup>(5)</sup>. No país, ocorreram cerca de 273 mil internações por asma em 2007, gerando um custo aproximado, por internação, de 361 reais. Em média 2 mil portadores de asma evoluíram para a morte. As taxas de hospitalização são variadas, a depender do local de estudo e características regionais e ambientais<sup>(5)</sup>.

Entre as doenças crônicas dominantes na comunidade em geral, há evidências segundo as quais a asma torna-se cada dia mais grave, desencadeando atendimentos em unidades de emergência e limitação na qualidade de vida. Embora possa começar em qualquer idade, aproximadamente metade dos casos surge na infância, e, ainda que possa ser fatal, afeta mais frequentemente a faixa escolar<sup>(1)</sup>.

Em virtude da cronicidade da doença, o tratamento em crianças é geralmente feito no domicílio, sob a responsabilidade da família. Como observado em outros estudos, os conhecimentos dos familiares sobre a asma podem influenciar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle dos sintomas na criança e pouco conhecimento sobre a doença por parte dos familiares da criança asmática<sup>(6)</sup>. Essa desinformação foi apontada como um dos principais fatores responsáveis pela maior demanda de atendimento em pronto-socorro e maior taxa de hospitalização por crises asmáticas.

Diante desta realidade, surgiu o interesse em desenvolver esse trabalho, motivado ainda mais pela grande incidência de asma em crianças, o que pode prejudicar seu crescimento e o desenvolvimento por serem dependentes do cuidado da família. Portanto, é essencial conhecer a atitude dos familiares em face de uma crise asmática na criança. Enfim, apesar de todos os conhecimentos adquiridos sobre a doença e a produção de novos medicamentos, verifica-se a cada dia o aumento da morbimortalidade por asma. Autores referem que estresse, poluição do ar, alterações climáticas, entre outras causas, poderiam ser algumas das hipóteses para explicar, em parte, esse fato. Nesse tocante, vários autores ainda agregam, como relevantes para caracterização do perfil da morbimortalidade por asma, as mudanças no estilo de vida determinadas por diminuição do número de filhos, condições de habitação, urbanização, controle de algumas doenças infecciosas, maior cobertura das vacinações e diferenças na exposição aos alérgenos domiciliares.

Conforme se verifica na literatura, um dos fatores a contribuir para esse acontecimento é a falta de orientação e educação dos pacientes ou dos seus familiares acerca da doença e das suas conseqüências.

Portanto, a conscientização dos pacientes e/ou familiares sobre a doença faz parte do tratamento. Deve-se orientar tanto sobre sua intensidade e/ou gravidade, como sobre sua importância, em que consiste o tratamento contínuo e qual a forma correta de agir no momento da crise. Considera-se fundamental a realização de estudos desta natureza, pois a partir do diagnóstico dos déficits de conhecimento identificados pode-se direcionar de forma eficaz ações na educação dessas famílias. Atividades como esta tornam-se necessárias, tendo em vista a existência de vários fatores ambientais envolvidos na história natural da doença.

Ante essas considerações, foram delineados para este estudo os seguintes objetivos: investigar o conhecimento da família em relação aos fatores pre-

cipitantes da crise asmática na criança; identificar as ações da família diante de uma crise asmática e os recursos utilizados para controlá-la com vistas a evitar as repercussões da doença na vida da criança portadora de asma.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo, desenvolvido no ambulatório de asma de um hospital infantil público, localizado no município de Fortaleza-CE. A pesquisa foi realizada no período de abril a julho de 2008. Justifica-se a opção por esses meses em virtude da instabilidade sazonal. Este ambulatório, considerado referência para o Norte e Nordeste, atende crianças e adolescentes da capital e, também, do interior do estado e de estados vizinhos.

Quanto à população, foi formada por familiares de crianças portadoras de asma, cadastradas no ambulatório de asma, atendidas mais de uma vez no período do estudo maio a abril de 2009, motivadas pela crise asmática. A amostra foi selecionada de forma aleatória, durante o atendimento no ambulatório de pediatria, constituída por um total de 50 familiares — o número de familiares entrevistados foi definido mediante a saturação das respostas.

Os participantes da pesquisa aceitaram responder voluntariamente o instrumento contendo questões voltadas a esclarecer sobre as medidas adotadas para evitar a crise asmática da criança; cuidados implementados durante a crise asmática; formas de realização da limpeza do domicílio; conhecimento sobre como deve ser o quarto de uma criança asmática e opinião a respeito da asma atrapalhar ou não a vida da criança. Os critérios de inclusão seguidos para este estudo foram familiares que conviviam no mesmo domicílio da criança e estavam envolvidos diretamente nos cuidados domiciliares e serem cuidadores diretos no período de crise asmática da criança. Foram excluídos do estudo familiares com dificuldade em responder adequadamente as questões.

Para a coleta de dados adotou-se uma entrevista estruturada, com roteiro previamente elaborado, constituído de duas partes. A primeira continha os dados da criança (idade, sexo, escolaridade) e da família (grau de parentesco, idade, sexo, escolaridade), e a segunda investigava: ano do diagnóstico da asma; o número de internamento por causa da asma; a conduta implementada durante uma crise asmática e sintomas apresentados; os cuidados instituídos para minimizar as crises de asma.

O instrumento de coleta de dados foi testado e submetido à apreciação de especialistas, enfermeiros e médicos que trabalham com crianças asmáticas no ambulatório de pediatria, e contemplou as seguintes variáveis: idade na primeira crise, sexo, sintoma apresentado durante a crise, número de internações, conduta da família durante a crise, fatores desencadeantes da crise e medidas adotadas para evitar a crise. Como exigido, inicialmente foi encaminhado à instituição, lócus da pesquisa, o projeto para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número de registro 25/06, sendo aprovado em 27.03.2006. Em campo, procedeu-se em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução 196/96<sup>(7)</sup> do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Ressalta-se o seguinte: os familiares que aceitaram participar deste estudo foram esclarecidos sobre sua importância e foi-lhes assegurado sigilo quanto à sua identidade e liberdade de participarem ou não e, independente de sua escolha, não haveria prejuízo de qualquer natureza no atendimento no serviço. Por fim, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem entrevistados.

Para garantir o anonimato dos familiares, todos foram codificados com a letra F (família), seguida do numeral correspondente ao lugar de ordenação de cada um na pesquisa, variando de 1 a 50, ou seja, as entrevistas aqui apresentadas foram identificadas como F1, F2 até F50.

As respostas foram organizadas em tabelas de acordo com as questões elaboradas para atender aos

objetivos propostos, e a análise foi de natureza quantitativa de acordo com as frequências absolutas, orientada pela estatística descritiva.

## RESULTADOS

Na análise dos resultados, segundo verificou-se, os familiares participantes do estudo eram em sua maioria mães na faixa etária de 20 a 39 anos, no total de 40 participantes. Os demais, pais, tios e avós, no total de 10, encontravam-se na faixa etária de 19 a 65 anos. Como observou-se, dos 50 entrevistados, 47 eram alfabetizados, e possuíam, em média, mais de quatro anos de estudo.

Conforme identificado, a prevalência da asma foi maior no sexo masculino, entre as crianças na fase pré-escolar (3 a 6 anos), no total de 33 crianças, seguida do escolar (6 a 12 anos), com 10 e adolescentes (12 a 18 anos), sete.

De modo geral, a idade do início dos sintomas e a manifestação da primeira crise asmática são bem recordadas pelas famílias. Segundo respondeu a maioria delas, para 39 crianças, os sintomas surgiram antes de 1 ano até 3 anos de idade. Em 11 crianças, as crises se iniciaram entre 4 e 11 anos de idade. Com relação aos sintomas da asma apresentados pelas crianças, conforme a maioria dos familiares relata, 34 crianças manifestaram tosse freqüente, “peito cerrado” e dificuldade de respirar.

No referente às internações das crianças motivadas pela crise asmática, 32 foram internadas mais de duas vezes, 12 pelo menos uma vez e seis nunca haviam sido internadas, necessitando apenas de serviço de emergência ou ambulatorial.

Quanto à conduta da família diante de uma crise asmática da criança, grande parte dos familiares, cerca de 30, levava seus filhos logo que se iniciava uma nova crise de asma ao serviço de saúde. Outros familiares, no entanto, administravam medicação, com o uso de broncodilatadores e/ou medicamentos fitoterápicos.

Com relação às medidas preventivas adotadas pelas famílias participantes deste estudo destinadas a evitar a crise asmática, foram as seguintes, como demonstrado na tabela 1.

**Tabela 1** — Medidas adotadas pelos familiares para evitar a crise asmática da criança. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Família	Relato	Total
F2, F6, F7, F8, F9, F12, F16, F18, F19, F20, F21, F22, F23, F24, F26, F30, F33, F35, F44	Evitar poeira e não comer coisa quente	19
F9, F11, F12, F13, F17, F18, F19, F22, F24, F27, F31, F43, F46, F47, F48, F50	Limpar a casa	16
F10, F29, F34, F36, F38, F45	Não ter bicho de pelúcia	6
F14, F37, F45, F49	Não deixar comer gelo, coisa gelada	4
F1, F15	Dar remédio	2
F2, F9	Não fumar	2
F3, F25	Não deixar andar descalço	2
F4, F41	Não sabe	2
F5	Dar chá que a vizinha indicou	1

É curioso destacar como as famílias conseguem identificar algumas medidas para evitar a crise asmática na criança, bem como os fatores desencadeantes da crise: evitar poeira, não comer coisa quente, 19; limpar a casa, 16; não ter bicho de pelúcia, seis; não deixar comer gelo, coisa gelada, quatro; dar medicação, dois; não fumar, dois; não deixar andar descalço, dois; dar chá que a vizinha indicou, uma. Apenas duas famílias não mencionaram as medidas para evitar a crise.

**Tabela 2** — Cuidados realizados pelos familiares durante a crise asmática da criança. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F1, F3, F4, F5, F6, F7, F9, F10, F12, F14, F16, F20, F21, F22, F25, F27, F28, F31, F33, F36, F37, F39, F40, F42, F43, F45, F46, F47, F48, F50	Não pegar poeira, sol quente ou pegar sereno	31
F17, F19, F30, F34, F38	Dar medicação e aerossol	5
F2, F8, F10, F12	Ficar de repouso	4
F11, F13, F23	Não criar animais, não varrer a casa	3
F18, F26	Não ter bicho de pelúcia, lavar roupa de dormir todos os dias.	2
F49, F50	Não dar banho em água fria	2
F15	Não chegar perto de pessoa gripada	1
F41	Não deixar pegar em nada que tem pêlo	1
F44	Não deixar andar de pés descalços, sem camisa, deixar muito tempo no banho.	1

Como mostram os dados da tabela 2, os cuidados desempenhados durante a crise de asma foram: não se expor a poeira, ambiente quente ou sereno, 31 familiares; dar medicação e aerossol, cinco; ter repouso, quatro; não ter animais e não varrer a casa na presença da criança, três; não ter bicho de pelúcia, lavar as roupas de dormir, dois; evitar tomar banho em água fria, dois; e evitar infecções, como gripe, um familiar. Apenas um demonstrou medo, quando comentou segurar o filho e chorar muito.

**Tabela 3** — Medidas adotadas pelos familiares para realizar a limpeza do domicílio. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F1, F3, F5, F6, F8, F10, F11, F13, F17, F21, F22, F30, F31, F32, F33, F35, F36, F46	Varre e passa o pano úmido	18
F7, F12, F18, F20, F23, F34, F37, F38, F39, F40	Varre com vassoura, normalmente	10
F9, F16, F24, F25, F27, F28, F29, F47, F49	Varre quando a criança está na escola, usa pano úmido para tirar a poeira	9
F15, F41, F42, F44, F45, F48, F50	Vassoura especial, para não fazer poeira	7
F14, F19, F26, F43	Varre com vassoura de palha, molha a casa para poder varrer	4
F2	Lava a casa	1
F4	Não sabe	1

Quanto às medidas adotadas pelos familiares para realizar a limpeza do domicílio, o item varrer o domicílio com pano úmido foi referido por 16 dos 50 entrevistados, destacando-se como principal medida, enquanto apenas um dos familiares não sabia responder. É notória a preocupação dos familiares em implementar medidas de redução da propagação de poeira e o seu contato com a criança asmática.

**Tabela 4** — Conhecimento dos familiares sobre como deve ser o quarto de uma criança asmática. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F2, F3, F4, F6, F7, F8, F24, F25, F29, F30, F32, F35, F36, F37, F42, F44, F46, F50	Não ter poeira	18
F10, F13, F14, F16, F18, F21, F26, F43, F45, F47, F48	Ser limpo e ventilado	11
F1, F5, F11, F17, F19, F27, F28, F33, F34	Não ter animais ou bicho de pelúcia	9
F9, F12, F15, F23, F31	Trocar lençóis	5
F22, F38, F39, F40	Sem tapete, sem cortina	4
F20	Não sabe	1
F41, F49	Quarto de criança normal	2

Com relação ao quarto da criança asmática, os familiares ressaltaram a importância de não ter poeira, ser limpo e ventilado como forma eficaz de prevenir crises asmáticas. Contudo, alguns acreditam que deve ser tratado como quarto de criança normal e um dos familiares não soube responder.

**Tabela 5** — Opinião dos familiares a respeito da asma atrapalhar ou não a vida da criança. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F3, F9, F10, F15, F18, F21, F24, F26, F27, F28, F30, F33, F34, F36, F44, F46	Sim, porque não pode brincar	16
F2, F7, F11, F12, F13, F17, F19, F37, F38, F42, F45, F47, F48	Sim, falta muita à aula	13
F1, F31, F39, F41	Não, porque a vida dele é normal, brinca normal	4
F6, F40, F43, F50	Sim, porque fica doente	4
F5, F32, F49	Sim, prejudica comer, falar e não pode ter contato com animal	3
F14, F25, F35	Sim, porque fica muito tempo no hospital	3
F20, F22, F23	Sim, porque fica só em casa dependente de remédio	3
F8	Sim, atrapalha a vida dele como a minha, porque falta ao trabalho	1
F16	Sim, porque tenho de ir com ele para a casa da avó porque a minha é muito quente e ele passa mal	1
F29	Sim, porque a criança fica triste	1
F4	Não sabe	1

Segundo fatores relacionados a doença e estilo de vida, conforme a maioria dos 44 familiares referiu, a asma atrapalha a vida da criança, como mostra a tabela 5. Alguns relataram que não envolvia somente a criança, mas, também, havia repercussões no cotidiano da família, trabalho e convívio social.

## DISCUSSÃO

Este estudo revelou que a prevalência da asma foi maior entre as crianças do sexo masculino, na fase pré-escolar. Como mostram determinadas pesquisas, a doença começa nos primeiros anos de vida, podendo tornar-se persistente ao longo do tempo<sup>(8-9)</sup>.

Uma das razões para esta diferença entre os meninos e as meninas pode estar ligada à fisiologia dos dois sexos, pois existem diferenças geométricas entre as vias aéreas, com menor resistência ao fluxo aéreo dos brônquios nas meninas<sup>(9)</sup>.

Com relação à incidência de internações, apenas seis das 50 crianças não necessitaram de internação hospitalar. Consoante mostra o dia-a-dia, a análise das taxas de hospitalização de crianças asmáticas tem sido uma preocupação universal e o alto número de internações com diagnóstico de crise asmática, provavelmente, reflete a falta de tratamento normatizado da asma nos casos analisados, o que leva as crianças à situação de risco.

Acrescenta-se, ainda, à alta prevalência de sintomas de asma e hospitalização alguns fatores, tais como: baixa escolaridade dos pais, baixa renda, questões ambientais (aglomeração), hábitos de vida (tabagismo dos pais) e uso restrito de medicações nas crises. É possível traçar um perfil deste grupo, o qual demonstra o quanto a asma ainda é relegada pelos serviços como uma doença crônica grave, que necessita de tratamento contínuo. Tal realidade desperta para a importância do desenvolvimento de processos educacionais eficientes, cuja meta seja modificar atitudes, hábitos e percepções a respeito da doença. Nesse processo de mudança, o profissional de saúde revela-se como ator principal.

Neste sentido, as medidas para o controle de asma pela equipe de saúde são limitadas, sobretudo por serem conseqüências das condições socioeconômicas da população.

Ao se partir do enfoque familiar como uma dimensão da atenção básica, percebe-se que a família constitui parte integrante do cuidado. Inserir o sistema familiar na proposta de atenção à saúde tem sido uma das dificuldades enfrentadas, sobretudo porque os serviços ainda estão alicerçados no paradigma biologicista no qual o foco do atendimento é individual, baseado em sintomas cujas atividades estão inseridas dentro dos programas elaborados pelo Ministério da Saúde<sup>(10)</sup>.

Quanto à conduta da família diante de uma crise asmática da criança, a maioria leva seus filhos logo que se inicia uma nova crise de asma para o hospital. Alguns, no entanto, administram medicação, com o uso de broncodilatadores e produtos fitoterápicos. Apesar da existência de terapia antiasmática eficaz, a asma não é adequadamente controlada. Das famílias entrevistadas, uma pequena parcela utiliza a medicação, ou seja, apenas cinco, o que demonstra um grave desconhecimento do uso desses medicamentos. O tratamento pode ser feito em casa, na maioria dos casos. Deve-se explicar para os pais que é possível o tratamento preventivo da exacerbação aguda.

A grande maioria das mães (n=30) vai ao hospital, geralmente aos serviços de emergência, para resolver o caso do início de uma crise asmática, gerando superlotação dos serviços, e com grau de resolubilidade a curto prazo.

Pode-se deduzir que haja dificuldade na aquisição de medicamentos prescritos por motivos econômicos dos familiares ou falta da medicação no serviço de saúde para o devido atendimento do público.

Inegavelmente, o conhecimento das medidas de controle ambiental e dos fatores desencadeantes da crise asmática na criança é indispensável ao correto manejo da doença, e atua até mesmo como fonte de proteção para hospitalização. A falta desses conheci-

mentos reflete uma deficiência da assistência prestada ao grupo. Muitos fatores contribuem para isso, tais como os componentes culturais, que influenciam no processo de aquisição das medidas corretas para prevenção da doença. Assim, no intuito de melhorar a qualidade no cuidado ao outro<sup>(11)</sup>, é importante os profissionais reconhecerem e identificarem as implicações dos fatores socioculturais no processo saúde-doença, buscando ampliar o foco do cuidado para além da dimensão biológica do indivíduo.

No presente estudo, as famílias conseguiram identificar as medidas para evitar a crise asmática na criança, bem como os fatores desencadeantes da crise, entre os principais, evitar poeira; limpar a casa; não ter bicho de pelúcia, animais domésticos, cortinas e tapetes no quarto). Apenas duas famílias não mencionaram as medidas para evitar a crise. Todas as medidas estavam voltadas para redução da poeira no domicílio.

Como adverte a literatura, o controle ambiental deve fazer parte do tratamento de criança asmática. Além da poeira domiciliar, a fumaça de cigarros no domicílio constitui um fator ambiental decisivo, considerado maléfico, sobretudo no caso de crianças asmáticas, conforme comprovam determinados estudos<sup>(12-13)</sup>. Nas residências onde havia crianças menores de 5 anos de idade com sintomas de asma, a presença do pai ou mãe tabagista chegou a quase 50%, e nestas residências as crianças asmáticas eram mais suscetíveis a ter crises constantes de asma em decorrência de contaminação ambiental.

Uma vez identificados os fatores desencadeantes das crises, pergunta-se por que os familiares não conseguem interferir de maneira eficiente. Uma hipótese seria a inexistência ou ineficácia das orientações dadas, ou a carência das informações<sup>(14)</sup> por parte dos profissionais da saúde ou pela própria natureza da doença, pois esta caracteriza-se por ser crônica, com fase assintomática. Como se sabe, a educação em saúde incompleta ou ineficiente pode acarretar um manejo inadequado no tratamento da doença,

particularmente porque essa não apenas fortalece a aderência à medicação, como também proporciona mudanças comportamentais.

Evidentemente a abordagem não-farmacológica é indispensável para tratar qualquer doença, inclusive a asma, pois apesar dos seus fatores hereditários, os ambientais contribuem para os processos alérgicos e inflamatórios crônicos. Desse modo, ressaltam-se os cuidados executados pelos familiares durante a crise asmática na criança, representados na tabela 2.

Segundo mostraram os resultados, os cuidados desempenhados durante a crise de asma foram essencialmente ligados aos fatores ambientais e à administração de medicação prescrita. As atuais diretrizes recomendam que as primeiras orientações devem ser implementadas antes mesmo do início do tratamento farmacológico, assim como acompanhamento com visita domiciliar regular. Profissionais da saúde devem continuamente educar pacientes asmáticos sobre a uso adequado das medicações, prevenção e manejo de exacerbações dos sintomas<sup>(14)</sup>.

Apesar da severidade da doença, algumas medidas simples podem ser tomadas para evitar mais transtornos no dia-a-dia. Cuidar do ambiente, por exemplo, é tão decisivo quanto fazer uso correto das medicações. A casa precisa ser limpa, pois, de forma geral, alguns alérgenos são aerotransportados e estão associados com o caráter refratário da doença<sup>(13)</sup>. Por isso, é essencial o conhecimento dos familiares sobre como proceder quanto ao ambiente no qual seus filhos vivem, como relatado pelos familiares, na tabela 3.

Portanto, vários são os fatores que podem propiciar o aparecimento da crise asmática, tais como: ácaros da poeira doméstica, pêlos de animais (gato e cachorro), pólenes, fumaça de cigarros, entre outros. Por isso, devem ser tomadas algumas medidas para combatê-los, pois crianças asmáticas precisam viver em ambiente limpo e ventilado. Devem evitar umidade e condensação. Ficou evidenciado que as famílias possuem conhecimento da importância desses fatores

ao manterem o quarto dos seus filhos limpo e ventilado, sem presença de animais ou bicho de pelúcia; ao trocarem os lençóis regularmente e ao manterem o quarto sem tapete e sem cortina. Elas sabem quais os malefícios provocados caso não primem por uma limpeza adequada.

Embora o tratamento farmacológico seja importante no controle dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida, o controle dos fatores ambientais, como alérgenos, poluentes e fumo, contribui para o maior controle da doença, com redução da necessidade de medicação.

A literatura consultada sobre asma ressalta que as medidas de controle ambiental devem fazer parte do tratamento do asmático, com vistas a reduzir tanto a intensidade das crises como o espaço entre elas<sup>(13,15-17)</sup>.

Como se sabe, a limpeza do ambiente onde a criança asmática vive é extremamente crucial no processo de prevenção das doenças alérgicas. Em outros estudos<sup>(18)</sup>, as condições do quarto da criança não eram ideais em uma parcela significativa da amostra: havia cortina em 60 dos 150 domicílios (40%), carpete em 40 deles (27,3%) e mofo em 46 (30,7%).

As crises de asma geram sofrimento para as crianças, pois mudam totalmente seu estilo de vida. Durante a crise, há alterações emocionais, sobretudo por deixarem de ir à escola, fazer suas tarefas escolares e por se privarem do lazer. Diante da situação, os pais devem tranquilizar a criança e explicar-lhe o que está acontecendo. É preciso dar-lhe carinho, amor e atenção para facilitar a convivência com a mudança.

No geral, os familiares afirmaram alteração no cotidiano da criança asmática e como principais inconvenientes citaram: a criança não pode brincar, falta à aula, prejudica comer, falar, não pode ter contato com animais, têm que tomar medicação, hospitalizações freqüentes, além de mudança na rotina da família, como falta ao trabalho, e mudança ambiental.

Levantar de repente, de madrugada, freqüentar serviços de emergências e pronto-socorros de hos-

pitais, seguir várias recomendações médicas, mudar o estilo de vida no intuito de evitar que o filho entre em contato com substâncias passíveis de desencadear a asma, são procedimentos constantes numa família cuja criança sofra de asma. Tudo isso compromete a qualidade de vida dessas crianças. Diante deste agravo, a enfermeira exerce papel decisivo. Cabe-lhe, especialmente, orientar sobre as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, auxiliando os pais e pacientes no estabelecimento de metas realistas para controle da doença<sup>(15)</sup>.

## CONCLUSÕES

No desenvolvimento deste estudo, conforme se pôde observar, os conhecimentos dos familiares acerca da doença asmática em seus filhos são restritos. Isto pode influenciar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle dos sintomas apresentados pela doença.

Consoante a maioria dos médicos enfatiza, as crianças asmáticas devem levar uma vida normal, logicamente considerando algumas condições especiais, sobretudo para que a doença não afete tão intensamente seu estado psíquico. Para a criança asmática é importante desenvolver suas tarefas. Importa, também, buscar um tratamento psicológico, em conjunto com os familiares. Desse modo, é possível se evitar uma rotina focada em remédios, medos e traumas.

Em face da escassez de literatura, urge a realização de mais estudos dessa natureza. Como exposto, o tema ora investigado trata das ações da família e seu conhecimento em face da crise asmática. Com base nos déficits de conhecimento identificados, espera-se elaborar programas educativos voltados para a orientação no concernente ao estilo de vida, prevenção da exacerbação das crises, aderência ao tratamento, entre outros. Por serem vários os fatores ambientais favoráveis ao desencadeamento da doença e à exacerbação das crises, atividades como esta podem se revelar de larga utilidade. Consoante observado, a par-

ticipação da família na prevenção e controle da crise asmática na criança pode ser muito útil, requerendo para tanto obtenção de melhores resultados.

## REFERÊNCIAS

1. Pecher SA. Asma brônquica no idoso. *Rev Para Med.* 2007; 21(3):47-51.
2. Casagrande RRD, Pastorino AC, Souza RGL, Leone C, Solé D, Jacob CMA. Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3):517-23.
3. Gelfand EW. Advances in therapy for adult asthma. *Clin Cornerstone.* 2008; 8(4):62-75.
4. Eisner MD. Passive smoking and adult asthma. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2008; 28(3):521-37.
5. Souza-Machado C, Souza-Machado A, Franco R, Ponte EV, Cruz AA. Impacto do PROAR (Programa para o controle da asma e da rinite alérgica na Bahia) sobre a utilização de recursos de saúde, custos e morbi-mortalidade por asma em Salvador. *Gaz Méd Bahia* 2008; 78 (suppl 2):59-63.
6. Guedes MVC, Lima LHO, Carvalho ALB, Oliveira FDM. Conhecimentos das mães sobre prevenção e controle de crise asmática dos filhos. *Rev Rene.* 2005; 6(2):32-8.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 supl.):15-25.
8. McCallister JW, Mastronarde JG. Sex differences in asthma. *J Asthma.* 2008; 45(10):853-61.
9. Spahn JD, Covar R. Clinical assessment of asthma progression in children and adults. *J Allergy Clin Immunol.* 2008; 121(3):548-57.
10. Moreno V. Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família. *Rev Rene* 2008; 9(1):9-18.
11. Frota MA, Martins MC, Santos RCAN. Significados culturais da asma infantil. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3):512-6.
12. Chanez P, Wenzel S. Severe asthma. *Presse Med* 2008; 37(1 Pt 2):99-105.
13. Cleenewerck A, Raheison C, Magnan A, Tunon-de-Lara JM. Allergy and refractory asthma: new etiological and treatment pathways. *Press Med* 2008; 37(1 Pt 2):129-35.
14. Bernstein DI. ABCs of asthma. *Clin Cornerstone* 2008; 8(4):9-25.
15. Huang CY, Cheng SF. Exercise-induced bronchospasms in children. *Hu Li Za Zhi.* 2008; 55(3):21-5.
16. Yang IA, Savarimuthu S, Kim ST, Holloway JW, Bell SC, Fong KM. Gene-environmental interaction in asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2007; 7(1):75-82.
17. Vargas PA, Brenner B, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA. Exposure to environmental tobacco smoke among children presenting to the emergency department with acute asthma: a multicenter study. *Pediatr Pulmonol.* 2007; 42(7):646-55.
18. Melo RMB, Lima LS, Sarinho ESC. Associação entre controle ambiental domiciliar e exacerbação da asma em crianças e adolescente do município de Camaragibe, Pernambuco. *J Bras Pneumol.* 2005; 31(1):5-12.

**RECEBIDO:** 13/07/2009

**ACEITO:** 22/01/2010