

CONHECIMENTOS DAS MÃES SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLE DE CRISE ASMÁTICA DOS FILHOS¹

KNOWLEDGE OF ASTHMATIC CHILDREN'S MOTHERS REGARDING ATTACK PREVENTION AND CONTROL

CONOCIMIENTOS DE MADRES ACERCA DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA CRISIS ASMÁTICA DE LOS HIJOS

MARIA VILANI CAVALCANTE GUEDES²

LUÍSA HELENA DE OLIVEIRA LIMA³

ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO⁴

FRANCISCA DIANA MÁCIA DE OLIVEIRA⁵

Estudo descritivo objetivando verificar o que sabem as mães de crianças asmáticas sobre a doença, a prevenção e o controle das crises; conhecer como agem as mães na vigência das crises de asma de seus filhos e identificar as repercussões da doença na qualidade de vida das crianças. Coletaram-se dados com quarenta mães em um hospital público infantil de Fortaleza – CE, com entrevista estruturada e observação simples nos domicílios. Segundo mostram os resultados, estas mães possuem baixa escolaridade e baixa renda, identificam com clareza os fatores desencadeadores de crises, mas as crianças têm pelo menos uma crise por mês, que repercute na sua qualidade de vida. Concluiu-se que os conhecimentos das mães sobre o controle da asma são fragmentados e superficiais e que elas não os colocam em prática, contribuindo para aumentar a incidência das crises e a conseqüente repercussão na baixa qualidade de vida das crianças.

UNITERMOS: Criança; Asma; Educação em Saúde.

Descriptive study about health education and asthma whose objective is to evaluate what asthmatic children's mothers know regarding the illness, getting to know how such mothers act when the asthma attack takes place, and identifying the implications of asthma for the children's quality of life. The data were collected through the observation of forty mothers in a Children's Public Hospital in Fortaleza-CE, structured interviews and simple observation at their homes. The results show that these mothers have little education and receive low wages, identify clearly the factors that trigger the attacks, but the children have at least one attack per month, which affects their quality of life. It was concluded that the mothers' knowledge of the asthma control is fragmented and superficial, and that they do not employ this knowledge, contributing to increase the incidence of attacks and the consequent repercussion on the children's low quality of life.

KEY WORDS: Children; Asthma; Health Education.

Estudio descriptivo acerca de la educación en salud y asma objetivando evaluar los conocimientos de madres de niños asmáticos con relación a la enfermedad y al control de las crisis; verificar la incidencia de las crisis y los recursos para controlarlas y identificar las repercusiones de la enfermedad en la calidad de vida de los niños. Se ha colectado datos con cuarenta madres en un hospital público de niños en Fortaleza – CE, con encuesta estructurada y observación simple en los domicilios. Según muestran los resultados, estas madres poseen baja escolaridad y baja renta, identifican con clareza los factores desencadenadores de crisis, pero los niños tienen por lo menos una crisis por mes, que repercute en su calidad de vida. Se ha concluido que los conocimientos de las madres acerca del control del asma son fragmentados y superficiales y que ellas no los ponen en práctica, contribuyendo para aumentar la incidencia de las crisis y la conseqüente repercusión en la baja calidad de vida de los niños.

PALABRAS CLAVES: Niños; Asma; Mother; Educación en salud.

¹ Trabalho desenvolvido com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

² Enfermeira, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Pesquisadora do Grupo Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS).

³ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFC), Ex-bolsista do PIBIC/CNPq e Pesquisadora do GRUPESS.

⁴ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFC), Ex-bolsista do Programa Especial de Treinamento (PET) e Pesquisadora do GRUPESS.

⁵ Enfermeira e Pesquisadora do GRUPESS.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônica caracterizada por inflamação e obstrução das vias aéreas, de grande prevalência e com sérias implicações físicas, sociais e econômicas, determinando sofrimento ao indivíduo portador e a seus familiares. A sintomatologia de tosse, sibilância e dispnéia assusta o paciente e as pessoas que estão próximas.

Quando este paciente é uma criança, o impacto é maior, principalmente para a mãe, que sofre com o quadro de “fome de ar” apresentado por seu filho. Para a criança, a doença representa atraso no seu desenvolvimento e até mesmo no seu crescimento. Para a mãe, é sofrimento tanto quanto para o filho, ou mais, pois nossa cultura tem colocado sobre a mulher a responsabilidade do cuidado da saúde familiar¹.

Todo este sofrimento, no entanto, pode ser minimizado porque em 95% dos pacientes a doença pode ser controlada desde que eles sigam o tratamento². O tratamento, porém, não se restringe à parte farmacológica por ocasião das crises, as quais devem ser evitadas e, para tanto, o tratamento não-farmacológico baseado na educação em saúde é um forte aliado.

Conforme evidenciado por estudos, vários fatores contribuem para a instalação da crise asmática. Entre esses sobressaem a poeira domiciliar, os pólenes, as baratas, o pêlo de animais, as mudanças climáticas, a exposição a fumaça e odores fortes, as fortes emoções, os alimentos e os fatores endócrinos³. Quando o doente é uma criança, a mãe precisa saber que é possível mantê-lo longe das crises asmáticas se adotar medidas preventivas. Desse modo, precisa ser sujeito ativo da prevenção.

A educação constitui-se uma das mais importantes estratégias para o sucesso do tratamento da asma⁴. Aceita-se e defende-se o processo educativo que conduza o aprendizado consciente e participativo, pois este, por certo, contribuirá para a melhoria da qualidade de vida desta clientela.

A educação em saúde mostra-se forte aliada no processo de aprendizagem de pessoas asmáticas ou que cuidam de asmáticos, neste estudo, as mães. Assim, deve sempre ser pensada, planejada, executada e avaliada de modo participativo, no qual o doente ou seu cuidador assume a posição de responsável pela manutenção de sua saúde.

Entretanto, não se pode deixar toda esta responsabilidade com o paciente ou o cuidador, porque muitos aspectos envolvidos se encontram além do seu poder decisório e cognitivo, de modo que aos profissionais de saúde cabe a incumbência de desenvolver, com esta clientela, a conscientização para a busca dos meios necessários ao seu bem-estar junto ao Estado, maior responsável pela manutenção de condições dignas de vida de seus cidadãos.

Hoje, procura-se desenvolver uma educação em saúde mais voltada para as necessidades dos indivíduos, mais participativa e mais respeitável. Conforme se sabe, há dificuldades tanto no alcance de mudanças de hábitos e estilo de vida, como dos próprios educadores em saúde, cuja formação em geral é pautada no modelo reprodutivista, e, na prática, o profissional torna-se agente de reprodução do saber produzido, não conseguindo alcançar uma prática transformadora.

Deste modo, a educação em saúde é uma estratégia para ensinar à clientela usuária dos serviços de saúde os cuidados básicos para manter ou alcançar padrões de saúde, para o enfrentamento e adaptação às condições impostas pelas doenças crônicas. As orientações dadas pelos profissionais cuidadores dessa clientela devem ser objetivas, claras, exequíveis e capazes de influenciá-las com vistas a fazê-las participar com liberdade, para que, conscientemente, possa experimentar todas as possibilidades apresentadas para viver bem.

Com este entendimento, as autoras decidiram investigar o que mães de crianças asmáticas sabem sobre a doença e principalmente sobre medidas de prevenção do desencadeamento de crise asmática. Motivou-as a participação em um grupo que investiga educação em saúde. Também contribuiu para despertar o interesse e o baixo número de publicações em periódicos de enfermagem no Brasil sobre a temática asma.

Diante destas considerações, traçaram-se para este estudo os seguintes objetivos: verificar o que sabem as mães de crianças asmáticas sobre a doença, a prevenção e o controle das crises; descrever as atitudes das mães na vigência das crises de asma de seus filhos, os recursos utilizados para controlá-las e identificar as repercussões da asma na vida da criança portadora.

METODOLOGIA

Este estudo, do tipo descritivo, foi desenvolvido com quarenta mães de crianças asmáticas, selecionadas por acessibilidade, por ocasião da consulta no setor de emergência de um hospital infantil público do Município de Fortaleza-CE.

A coleta de dados foi precedida de solicitação à instituição e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Em campo, procedeu-se em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁵. As mães que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidas sobre a importância do estudo, a liberdade de participação, assegurado-lhes sigilo de suas identidades e de seus filhos e que a participação não traria nenhum tipo de prejuízo para o atendimento no serviço. Por fim, as mães participantes assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido para a entrevista gravada e para a visita ao domicílio.

A coleta de dados, realizada por meio de entrevista estruturada e visita domiciliar, ocorreu no período de setembro a dezembro de 2003. Utilizou-se a entrevista estruturada para a obtenção dos depoimentos por ocasião do atendimento e implementação da terapêutica de emergência, no setor de emergência, em ambiente reservado no qual a mãe pudesse se sentir à vontade para falar, até porque naquele momento ela já estava mais tranqüilizada em relação ao bem-estar do filho. Após a entrevista, consultava-se a mãe sobre a possibilidade de se visitar sua residência para conhecer melhor o ambiente onde a criança vivia, brincava e dormia, assim como as condições gerais do domicílio passíveis de favorecer ou não o desencadeamento de crises asmáticas.

Por este caminho, realizaram-se visitas domiciliares com observação simples registrada em diário de campo. Essas técnicas de coleta de dados foram consideradas necessárias e importantes porque os fatos podem ser melhor compreendidos quando são observados em seu ambiente natural, pois isto ajuda o pesquisador a entender melhor o problema em estudo⁶.

Os dados foram organizados à medida em que foram coletados, enquanto os resultados da caracterização da amostra foram analisados por meio de frequências simples e percentuais e os discursos interpretados de modo compreensivo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados relacionados à caracterização das mães no referente aos cuidados com o ambiente onde a criança habita foram analisados descritivamente, enquanto os referentes aos conhecimentos das mães e suas ações para controlar as crises foram analisados de forma compreensiva.

As mães e os cuidados com a criança

Ao se analisar os dados relacionados à escolaridade das mães, verificou-se que 31 (77,5%) têm até nove anos de estudo. Destas, duas (5,0%) têm até três anos; treze (32,5%) até seis anos e dezesseis têm até nove anos de estudo, ou seja, estas últimas possuem o ensino fundamental completo, o que talvez não possa garantir, pelo menos em nossa óptica, um bom acompanhamento da criança. As outras nove têm entre dez e quinze anos de estudo.

Sabe-se que para viver ou acompanhar pessoas com doença crônica é necessário aprender sobre a doença e estar atento aos avanços no tratamento, capazes de trazer melhorias para o doente. Desta forma, a escolaridade pode ter influência no modo de entender e conduzir o tratamento farmacológico e não-farmacológico. A asma não foge à regra, portanto, a escolaridade do cuidador é importante para o encaminhamento de todo protocolo de ações.

Além da escolaridade, foram consideradas também a renda familiar e as condições de moradia. O grupo tinha baixo poder aquisitivo, 34 (85,0%) com renda menor que três salários mínimos (na ocasião do estudo o salário mínimo equivalia a R\$ 240,00), agravado pelo fato de 31 mães (77,5%) não trabalharem, isto é, não terem uma ocupação remunerada, porque precisam cuidar do filho. As mães moram na periferia de Fortaleza-CE, embora 100% das residências sejam de tijolos e em 80% destas o piso seja de cimento, fato constatado por ocasião das visitas domiciliares. No entanto, estas casas estão em ruas sem pavimentação e saneamento básico, e, na época chuvosa, provocam acúmulo de água em frente às casas, favorecendo ambiente úmido e propiciando condições para desenvolver novas crises da asma⁷ enquanto no verão também causam transtornos, pelo aumento da poeira, principalmente em decorrência da passagem de carros, entre outros. Em geral, essas casas têm quatro cômo-

dos (sala, quarto, banheiro, cozinha) para abrigar, em média, quatro pessoas, ou seja, muitas pessoas usam o mesmo cômodo, principalmente à noite, quando mais comumente as crises asmáticas são desencadeadas.

Neste sentido, as medidas para o controle de algumas enfermidades estão fora da competência da equipe de saúde, porque são conseqüências das condições socioeconômicas da população. No caso da asma, as condições dessas famílias são por excelência facilitadoras de crises.

Ademais, a baixa renda familiar, e talvez a escolaridade da mãe, influenciam nos aspectos de higienização da moradia, da roupa usada pela criança, dos brinquedos e até mesmo do mobiliário e decoração da casa e, principalmente, do ambiente no qual a criança dorme. Conforme verificou-se, apenas duas crianças dormem sozinhas; as demais 38 (95,0%) dividem o ambiente de dormir com até quatro pessoas. No concernente aos objetos que compõem o cenário do quarto da criança, as mães entrevistadas enumeraram o seguinte: 23 (57,5%) têm ventilador, 16 (40,0%) almofada, 12 (30,0%) bicho de pelúcia, 9 (22,5%) cortinas e 6 (15,0%) tapete. Durante as visitas domiciliares foi possível verificar *in loco* a presença destes artefatos no ambiente de repouso da criança.

Sabe-se que o principal fator para evitar a instalação de crise asmática é a limpeza das roupas de dormir (lençóis, camisolas, pijamas). Neste estudo, encontraram-se mães com cuidados em diferentes níveis. Dez (25,0%) das mães lavam estas roupas diariamente, embora outras duas (5,0%) lavem apenas uma vez por mês. Mas a maioria das mães consultadas possui bons conhecimentos sobre higiene das roupas, porque 38 (95,0%) lavam pelo menos uma vez por semana os lençóis de seus filhos, isto é, de acordo com as recomendações do Consenso Brasileiro no Manejo da Asma de 1994.

Apesar do bom conhecimento das mães em relação à lavagem das roupas de suas crianças, os outros aspectos discutidos, como, por exemplo, a presença dos artefatos, mostram porque 19 (47,5%) das crianças têm no mínimo uma crise de asma por mês, embora tenha-se também encontrado duas (5,0%) que têm crises semanalmente. Vale lembrar que quanto maior o número de crises asmáticas do paciente por mês, maior será a gravidade de sua doença, o que a caracteriza como asma crônica⁸.

De acordo com o constatado, diante das crises de seus filhos, 27 (67,5%) mães procuram os serviços de saúde e 12 (30,0%) administram o remédio que já havia sido prescrito, 6 (15,0%) medicam a criança por conta própria e 3 (7,5%) procuram mantê-la tranqüila. Tal fato mostra a problemática da automedicação em nosso país, pois mesmo em situações como a de crise asmática, as mães estudadas repetiam receitas antigas e algumas até administravam medicação sem receita médica.

Análise Compreensiva

Na análise qualitativa dos discursos das mães de crianças asmáticas identificaram-se os temas: *conhecer sobre asma para ajudar o filho; mãe de criança asmática é insegura e o impacto da doença na vida da criança*, que por se apresentarem de forma marcante favoreceram a compreensão desta vivência.

Conhecer sobre a doença asma para ajudar o filho

Para ajudar uma pessoa com doença crônica é necessário ter conhecimentos favoráveis à compreensão da situação, para poder agir de forma segura. As mães participantes relevaram que seus conhecimentos são insuficientes para interferirem no processo de adoecer dos seus filhos. Estes conhecimentos chegam às mães pelas orientações oriundas da equipe de saúde, principalmente no momento do atendimento da crise asmática ainda no setor de emergência hospitalar. São informações superficiais, expressas em seus discursos:

(...) Preciso saber muito sobre a doença, por isso fico ligada no que os médicos dizem, (...) mas nem sempre consigo fazer (...) o menino é danado demais(...) (Ent. 8).

(...) Ele (o médico) apenas passa remédio para ele tomar aqui mesmo no hospital (...) se precisar levar remédio para casa é que ele explica como eu devo dar o remédio, mas é só isso mesmo (...) (Ent. 25).

(...) O médico diz que ele tem asma e fala que ele não pode pegar poeira, nem mormaço, mas é só isso (...) (Ent. 20).

(...) Fala que eu tenho que limpar a casa direito, não devo deixar ele pegar muita poeira, essas coisas (...) (Ent. 33).

(...) Fala o que ele pode e não pode fazer (...) (Ent. 17).

(...) Fala que deve limpar a casa (...) (Ent. 16).

Consoante esses depoimentos evidenciam, embora as mães estejam acompanhando continuamente seus filhos aos serviços de emergência durante as crises, elas ainda não detêm conhecimento suficiente, pois, como visto, existe criança que desenvolve crise toda semana, apontando para a necessidade de incrementar práticas educativas mais dinâmicas e participativas.

É curioso destacar que as participantes conseguem identificar o fator desencadeante da crise de asma nas crianças. Estes fatores estão a seguir explicitados: poeira, 39 (97,5%); fumaça de cigarro, 22 (55,0%); mormaço, 20 (50,0%); atividade física, 12 (30,0%); infecções respiratórias, 9 (22,5%); emoções, 6 (15,0%); além de mofo, pêlo de animais, odores fortes, água gelada e alimentos ácidos. Apenas uma mãe não consegue identificar o que causa a crise de asma na criança. Ora, se a mãe que cuida, que ama e vive em permanente preocupação com o filho conhece os fatores desencadeantes das crises, por que não consegue interferir de maneira eficiente?

Talvez por ser a asma uma doença crônica, com fases assintomáticas, fica difícil a mãe manter a criança em permanente estado de prevenção de crises, principalmente se esta criança não está apresentando nenhum sintoma que justifique a manutenção daqueles cuidados¹.

Outro aspecto favorecedor deste fenômeno é o momento das orientações. Estas ocorrem, muitas vezes, durante o atendimento, quando a mãe está ansiosa, preocupada, nervosa e transtornada com o filho em crise de falta de ar, chiado no peito, tosse e secreção brônquica⁹. Portanto, é um momento pouco adequado para realizar tal atividade.

A educação em saúde, nestes casos, parece ser incompleta ou ineficiente, influenciada por crenças, barreiras culturais, as quais prejudicam o manejo efetivo da doença no sentido não apenas de fortalecer a adesão à medicação, mas levar a mudanças comportamentais permanentes. A adesão

ao tratamento em geral recebe influência do profissional de saúde e se constitui mesmo em fator essencial. Afinal, antes de estabelecer um protocolo terapêutico é importante definir com o doente ou seu cuidador outros cuidados para mudanças no estilo de vida. Esta maneira de agir envolve mais aproximação do profissional-cliente com objetivos de melhor conhecer, e, por meio do diálogo, favorecer um clima amistoso de troca de informações^{10,11}.

Evidentemente a abordagem não-farmacológica é indispensável para tratar qualquer doença crônica, inclusive a asma, pois apesar dos fatores hereditários da doença, os ambientais com seus alérgenos são os vilões dos processos inflamatórios crônicos das vias aéreas desencadeadoras de crise asmática¹².

Mãe de criança asmática é mãe insegura

A mãe em nossa cultura é a fiel depositária do zelo e manutenção da saúde da família, portanto, é possível imaginar suas preocupações com um filho asmático. Suas atitudes de insegurança tendem a ser de superproteção para evitar o desencadeamento de crises e seu senso de zelo alcança níveis elevados, a ponto de sacrifícios, conforme expressam em seus depoimentos:

(...) De noite quando ele está em crise eu não o deixo sozinho um só minuto (...) (Ent. 15).

(...) Eu não consigo dormir vendo meu filho sufocado, tenho que ficar com ele (...) (Ent. 28).

(...) Ela já dorme comigo com medo de sentir alguma coisa de noite (...) (Ent. 32).

(...) Me preocupo muito com ele, sempre estou por perto, principalmente à noite, vai que ele acorda sufocado, eu tenho que estar perto... (Ent. 25).

Pelos depoimentos nota-se que a mãe só se sente segura no cuidado do filho se estiver sempre ao lado, e isso significa não ter tempo para si, não ter repouso, talvez nem mesmo hora para se alimentar. É tamanha a dedicação que a mãe enfrenta tudo para cumprir o que a sociedade tem definido como seu dever e, desta forma, se entrega à missão de proteger e poupar o filho do sofrimento. Por isso sofre com ele, se priva de qualquer privilégio para minimizar a dor do filho¹³.

Apesar da atitude superprotetora da mãe ao acompanhar o sofrimento do filho, ela não consegue pôr em prática muitas das medidas saneadoras, contribuidoras na redução da frequência das crises de asma da criança, porquanto, como visto na amostra estudada, existem crianças que têm duas, três e até quatro crises mensais. Tal situação permite pensar na dificuldade do tratamento de doença crônica na fase assintomática e na ansiedade de mães, diante da severidade da doença do filho, fazendo-as cada vez mais protetoras. No entanto, elas nem sempre conseguem evitar a instalação de crises asmáticas. Parece até haver um descompasso entre o saber e a prática, talvez por medo ou ansiedade. Na realidade, se as mães assimilassem as orientações dadas pelos profissionais de saúde durante as consultas, era de se esperar a colocação em prática dos conhecimentos adquiridos na prevenção de crises asmáticas¹⁴.

O impacto da asma na vida da criança

A criança, por natureza, é alegre, dinâmica, gosta de correr, brincar ao ar livre com água, areia, entre outros. Quando portadora de uma doença como a asma, ela se torna tolhida em seus movimentos e passa a ser monitorada por seus familiares, em especial, a mãe.

A mãe, com suas preocupações, vê nas ações, brincadeiras e travessuras da criança algo desencadeador de crise asmática, as quais atrapalham seu desenvolvimento. Esta constatação pode ser percebida no discurso das participantes do estudo:

... A doença atrapalha porque ele perde muita aula, faz 15 dias que ele não vai para a escola... (Ent. 1).

... Ele é diferente, pois não pode brincar direito, não pode pegar poeira... (Ent. 5).

... É muito ruim ela não pode brincar, correr, ir à praia, pegar mormaço, ela vive só trancada dentro de casa. Ela não vive... (Ent. 7).

Em virtude das repercussões da asma no crescimento e desenvolvimento da criança, esta “*não pode brincar*”, como afirma a entrevistada. Claro que há exagero, mas a mãe se refere àquelas brincadeiras de correr, saltar, subir em árvores, enfim, estar no meio ambiente brincando ao

sol, em contato com poeira. Na opinião da mãe, provavelmente, com estas limitações, a criança crescerá deficientemente, pois é conhecida a influência dos fatores ambientais nesta fase da vida. A doença interfere também nos aspectos de socialização, seja porque o portador não frequenta satisfatoriamente a escola, ou mesmo por ficar recluso ao ambiente doméstico. Brincar é a forma de explorar o mundo, descobrir novas idéias e conceitos, aventurar-se ao desconhecido. Por meio do brinquedo a criança adquire destreza, desenvolvimento motor, percepção sensorial e espacial, sensação de domínio e confiança. Não poder brincar constitui um fator limitador do desenvolvimento da criança. Tudo isso fica prejudicado na vida do asmático, porque é preciso estar sempre vigilante para evitar as brincadeiras passíveis de desencadear uma crise de asma, de acordo com os depoimentos apresentados.

Todavia, esta preocupação em poupar a criança, de certo modo, é o que se espera da mãe de clientes, como os que estão envolvidos neste estudo. O fato da criança não brincar afeta profundamente a sua saúde mental e física e pode mesmo diminuir sua expectativa de vida. E mais, a importância da atividade lúdica para a estruturação psicológica pode até transformar a angústia em prazer¹⁵. Apesar dos resultados mostrarem as limitações na vida da criança asmática, foram encontradas neste estudo 23 mães que não percebem nenhuma limitação na qualidade de vida do filho portador de asma, embora o leve ao pronto-socorro em crise asmática e acompanhe toda sua *via crucis*.

Diante desses achados, pensa-se que quando uma mãe mostra tranqüilidade diante de uma crise de asma, é porque já sofreu muito e parece ter se acostumado com a realidade do filho. Desse modo, não se assusta com o quadro clínico, apesar de seu discurso ser de mãe insegura com a doença do filho, como já foi explicitado em seus discursos. Percebe-se então que a educação em saúde é uma estratégia importante para ensinar à clientela nos serviços de saúde os cuidados básicos para manter e alcançar níveis de saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida. Este fato requer do cuidador preparo para o enfrentamento das condições adversas impostas pelas doenças crônicas. Sugere-se que as orientações dadas pelos profissionais de saúde sejam claras, objetivas, e transmitidas numa linguagem adequada à clientela, com a finalidade de torná-las

exequíveis. É válido recomendar a essa clientela sua participação ativa com liberdade e consciência com vistas a experimentar as possibilidades para viver bem. Portanto deve-se garantir à criança asmática boa qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra asma como uma doença grave que requer do paciente e de sua família, no caso da criança, a mãe, constante processo de aprendizagem para manter sob controle os fatores ambientais desencadeadores de crises asmáticas.

As mães participantes desse estudo, em geral, possuem baixa renda e escolaridade, as quais parecem influenciar no aprendizado das orientações ministradas pelos profissionais de saúde, evidenciado pelo conhecimento ainda fragmentado sobre a doença do filho. A baixa renda familiar também dificulta a adoção de medidas de melhorias da qualidade de vida das crianças.

Mesmo evidenciado que as mães possuem baixo nível de conhecimento, fica claro que os profissionais de saúde desenvolvem ações educativas. Mas nem sempre estas são implementadas pelas mães para prevenir as crises ou torná-las mais espaçadas. As ações educativas certamente ajudam as mães a melhor cuidar dos filhos, pois estas demonstraram em seus discursos saberem que mormaço, sol quente, poeira, brincadeiras dependentes de esforço físico causam crises de asma; no entanto, os conhecimentos não têm alcançado os resultados esperados, talvez porque algumas ações estejam fora do seu poder aquisitivo e de decisão. Merece atenção o fato das mães medicarem seus filhos com base em antigas receitas ou mesmo sem nenhuma indicação formal, pois tais atitudes poderão pôr em risco a saúde da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva VM, Guedes MVC. Considerações sobre o direito de informação do paciente asmático pediátrico. *Rev. RENE*. 2002 jul/dez; 3 (2): 22-8.
2. Pizzichini E, Pizzichini MM. Controle da asma e qualidade de vida. *J Cons Fed Méd* 1999 abr; 14 (104): 19.
3. Naspitz CK, coordenador. Consenso Brasileiro no Manejo da Asma I. 1993 ago 1-4; Fortaleza, Ceará. São Paulo: BG Cultural, 1994.
4. Emerson F, Pereira KAV, Rios JBM. Abordagem não-farmacológica da asma. *J Bras Med* 1995 abr; 68(4): 35-9.
5. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
6. Bogdan R, Biklen S. Características da investigação qualitativa. In: *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto; 1994. p. 47-51.
7. Jacob C. Asma: maior risco no inverno. *Medicina social de grupo*. São Paulo: ABRAMGE, 2000 maio/jun; 15(167): 12-4.
8. Machado MC, Stelmach R, Cukier A. Asma. *Rev Bras Med* 1999 dez; 56(n. esp.):45-58.
9. Ciclo de Atualização Científica: Asma. São Paulo: Boehringer de Angeli, 1995. (Serviço de Atualização Médica Boehringer de Angeli, série 2, nº 2).
10. Pereira CAC, Naspitz C, coordenadores. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol* 1998 jul-ago; 24(4):173-276.
11. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 775-82.
12. Barnes PJ, Godfrey S, Naspitz CK. *Asma*. São Paulo: Martin Dunitz, 1997.
13. Oliveira I, Ângelo M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. *Rev Esc Enfermagem US*, 2000 jun; 34(2): 202-8.
14. Grünspun H. Distúrbios do sistema respiratório. In: Grünspun H. *Distúrbios psicossomáticos da criança*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1980. p. 127-85.
15. Silva CD. A atividade lúdica e a construção do conhecimento. NUCEPEC/UFC: Fortaleza: UFC/CBIA; 1994. p.73-90.

RECEBIDO: 04/10/2004

ACEITO: 10/01/05