

Revista da Graduação

Vol. 5

No. 1

2012

10

Seção: Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia

CARACTERÍSTICAS E CONHECIMENTO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS PORTADORAS DE ASMA

**Beatriz Sebben Ojeda; Andréia da Silva Gustavo;
Beatriz Regina Lara dos Santos; Caroline da Silva Martins;
Helena Maieron Zasso**

Este trabalho está publicado na Revista da Graduação.

ISSN 1983-1374

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/11407>

**CARACTERÍSTICAS E CONHECIMENTO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS
PORTADORAS DE ASMA
CHARACTERISTICS AND KNOWLEDGE OF CAREGIVER OF CHILDREN
ASTHMA PATIENTS**

Beatriz Sebben Ojeda ¹; Andréia da Silva Gustavo ²; Beatriz Regina Lara dos Santos ²; Caroline da Silva Martins ⁴; Helena Maieron Zasso ⁴.

RESUMO

OBJETIVO: Associar o conhecimento do principal cuidador com suas características demográficas e sociais. **MÉTODOS:** Pesquisa transversal realizada em três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF's) do Distrito Leste de Porto Alegre, no ano de 2011. A amostra do estudo foi composta por 80 cuidadores (as) de crianças com diagnóstico de asma, com idade entre 3 e 12 anos, cadastradas nas unidades. Foram utilizados três critérios para avaliar o conhecimento dos cuidadores (as). Os dados foram analisados usando o teste Qui-quadrado. **RESULTADOS:** Do perfil dos cuidadores (as), verificou-se que a maioria era mães das crianças (63,8%). Quanto à escolaridade, 73,8% estudaram até o 1º grau. A idade do (a) cuidador (a) variou entre 18 e 68 anos e, dentre as ocupações, prevaleceu a do lar (59,5%). Constatou-se que o déficit de conhecimento do cuidador (a) pode estar relacionado com a baixa escolaridade dos mesmos. O desfecho do conhecimento dos cuidadores em relação à patologia foi considerado, em sua maioria não adequado. **CONCLUSÕES:** Verificou-se uma insuficiência do conhecimento por parte dos pais/cuidadores de crianças com asma sobre a patologia. Por isso, é de extrema importância a colaboração dos profissionais de saúde na educação dos usuários, o aperfeiçoamento dos programas em saúde e a realização de pesquisas sobre o cuidado ao portador de asma.

Palavras-chave: Crise Asmática. Crianças. Cuidadores. Conhecimento. Manejo.

¹ Enfermeira. Doutora em Psicologia. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI), orientadora da pesquisa.

² Enfermeira. Doutora em Epidemiologia. Professora Adjunta da FAENFI. Co-orientadora da pesquisa.

³ Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Titular da FAENFI. Co-orientadora da pesquisa.

⁴ Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da FAENFI.

INTRODUÇÃO

A asma acomete cerca de 300 milhões de indivíduos em todo o mundo, ¹ sendo considerada a doença crônica mais comum na infância². Gerando absenteísmo escolar e um importante impacto na economia e na qualidade de vida. ³

A elevada frequência de asma em crianças sugere aumento da prevalência geral da doença nos próximos anos. O Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma. Em 2007, as internações por asma geraram um custo aproximado de R\$ 98,6 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS). ¹

No ano de 2010, a asma foi responsável por 92.601 internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na faixa etária de 1 à 14 anos, sendo a quarta maior causa de internação dentre todas as patologias e a segunda maior dentre as doenças do aparelho respiratório, perdendo apenas para a pneumonia. Apesar de o estado do Rio Grande do Sul ter sido o 6º colocado no ranking brasileiro de internações por asma no ano de 2010, esta doença foi a segunda maior causa de internação no estado, neste mesmo ano. ⁴

Esta patologia é caracterizada por inflamação crônica no aparelho respiratório, causando uma hiperresponsividade brônquica e limitação variável do fluxo aéreo. Desta forma, a doença pode ser reversível espontaneamente ou necessitar de terapia medicamentosa continuada para controle dos sintomas e prevenção de crises agudas. As crises de asma podem ser desencadeadas por uma combinação da predisposição genética com a exposição ambiental a diversos fatores alérgenos, tais como, ácaros, mofo, fumaças, irritantes químicos, poluição, entre outros. As manifestações clínicas, normalmente, se dão por episódios de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã. ^{3,5,6,7}

Um importante fator para as condutas clínicas no manejo dos pacientes é a classificação da gravidade da asma. Esta pode ser classificada em *intermitente*, quando as crises são leves e de frequência menor que uma vez por semana, podendo se fazer o uso de broncodilatadores e, ocasionalmente, interrompendo as atividades diárias; ou *persistente*, esta subclassificada em *leve*, *moderada* e *grave*. Quando a crise asmática já causar limitação para grandes esforços e sua frequência for maior que uma vez por semana e menor que uma vez ao dia, algumas vezes exigindo o uso de corticóides, é considerada persistente leve. Já na asma

persistente moderada, as crises são diárias, mas não são contínuas, necessitando do uso de corticóides sistêmicos e, algumas vezes, internação hospitalar, restringindo e prejudicando as atividades diárias. Por fim, a asma persistente grave, é caracterizada por crises diárias e contínuas, com uso de corticóides sistêmicos e internação hospitalar, causando limitação diária e ausências nas atividades cotidianas, assim como risco de vida. Apesar da grande maioria das crianças asmáticas terem quadro clínico estável, um número significativo ainda apresenta exacerbações graves. Estima-se que entre 25% e 30% dos portadores tenham asma persistente moderada, e entre 5% e 10%, asma grave.^{1,3,7}

Devido à cronicidade da doença, o seu controle é, geralmente, realizado no domicílio. Nas crianças, o manejo da asma encontra-se sob responsabilidade dos pais ou cuidadores. O conhecimento dos cuidadores em relação à patologia, à identificação dos fatores agravantes, ao controle dos fatores desencadeantes e ao uso adequado dos medicamentos pode influenciar na adesão ao tratamento e no manejo dos sintomas.^{8,9,10}

Estudos demonstram que em diversos países de níveis socioeconômicos e culturais distintos existe deficiência de conhecimento sobre asma por parte dos cuidadores dessas crianças. Essa desinformação é considerada um dos principais fatores responsáveis pelo aumento da demanda de internações hospitalares e atendimentos em unidades de emergência,⁸ o que, por sua vez, resulta em altos custos para o serviço de saúde e, conseqüentemente, num problema para a saúde pública.¹⁰

Dentre vários fatores contribuintes para a deficiência de conhecimento dos pacientes e cuidadores está a falta de programas educacionais e a capacitação insuficiente ou inadequada dos profissionais de saúde para o tratamento de doenças respiratórias. A asma, por ser uma doença de manejo complexo, envolvendo os portadores e seus familiares, muitas vezes ocasiona limitações físicas, emocionais e sociais. Portanto, requer participação ativa destes indivíduos, juntamente com os profissionais de saúde, na promoção e na educação em saúde, bem como na prestação da assistência de forma sensível para cada ocasião. Os profissionais de saúde devem ter papel fundamental, explorando e incentivando os portadores, familiares e cuidadores à aquisição de conhecimentos relacionados à doença.¹¹

Diante de tais considerações, este estudo tem por objetivo associar o conhecimento do principal cuidador(a) com suas características demográficas e

sociais, proporcionando assim subsídios para novos projetos e programas em saúde. Desta forma, possibilitará o manejo e o controle adequado da asma e melhoria na qualidade de vida, evitando que esta prejudique o crescimento e desenvolvimento da criança portadora.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, cuja amostra foi constituída por 80 cuidadores (as) de crianças asmáticas com idade entre 3 e 12 anos, cadastradas em três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Leste do município de Porto Alegre. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador (a) de crianças asmáticas, com idade entre 3 e 12 anos; e aceitar participar da pesquisa. A captação dos sujeitos foi realizada por meio de uma busca prévia nos prontuários das famílias de cada uma das unidades participantes do estudo. Na busca foram identificadas as famílias que tinham crianças com: idade mínima de 3 anos e máxima de 12 anos completados até o momento da coleta de dados; e com diagnóstico médico de asma. Considerando que a prevalência média mundial de asma é de 11,6% em escolares e 13,7% em adolescentes, chegou-se ao tamanho amostral, com margem de erro de 5%.

Para a realização da coleta de dados, os pesquisadores foram ao domicílio das crianças sorteadas na amostra, acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde dos respectivos ESF's, onde realizaram inquérito domiciliar composto por um instrumento para verificar o conhecimento do cuidador sobre asma proposto por Stephan & Costa¹⁰. O conhecimento do cuidador da criança com asma foi avaliado por meio de três critérios: O primeiro avaliou o *Manejo inicial dos episódios de sibilância*. A resposta foi classificada como adequada quando o cuidador referiu fazer o uso de medicação broncodilatadora inalatória, oral ou em gotas para nebulização. Outras respostas foram classificadas como inadequadas. O segundo critério avaliou o *Reconhecimento de sinais e sintomas de gravidade e exacerbações de crises*. A resposta foi classificada adequada se o cuidador referiu qualquer uma destas situações: a criança não melhora com a medicação administrada; tem dificuldade para respirar; tem respiração curta; afunda embaixo das costelas ou no pescoço ao respirar; tem febre, cansaço para falar e cianose. Sendo diferente de todas essas opções, a resposta foi considerada inadequada. Já

o terceiro critério avaliou o *Reconhecimento de fatores desencadeantes das exacerbações*. Foi solicitado que o cuidador escolhesse dentre uma lista de fatores (contato com mofo, poeira, animais, fumaça de cigarro, mudança de temperatura, estados emocionais, exercício físico, entre outros) aqueles que se relacionavam com as crises de asma da criança. Sabendo reconhecer apenas um fator da lista, a resposta já foi classificada como adequada. O desfecho foi considerado positivo (adequado) quando os três critérios citados foram adequados.

Os dados coletados foram codificados manualmente no banco de dados, posteriormente foram digitados no programa SPSS 13.0 e analisados utilizando o teste Qui-quadrado, considerando valor de “p” menor ou igual a 0,08.

Os cuidadores que aceitaram participar do estudo, após serem esclarecidos sobre o mesmo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme exige a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi constituída por 80 cuidadores de crianças com asma. Quanto à caracterização das crianças, a maioria (52,5 %) era do sexo feminino, com idade entre 36 e 144 meses (média de 85,65 meses), equivalendo a 7 anos de idade, e desvio padrão de aproximadamente 29,37 meses. Diversos estudos^{10,12,13,14,15} demonstraram que há uma prevalência de asma em crianças do sexo masculino na infância, aproximadamente até os 12 anos, ocorrendo uma inversão deste dado a partir da adolescência até vida adulta, prevalecendo o sexo feminino. Um estudo⁸ que analisou 87 crianças com idade entre 29 dias e 10 anos mostrou prevalência no sexo feminino, o que se assemelha a esta pesquisa. Outro achado no presente estudo foi a incidência do surgimento da primeira crise em uma média de idade de 17,53 meses e desvio padrão de 15,70. Este resultado é corroborado pelo estudo de Salomão Júnior et al¹⁶, o qual afirma que, na maioria dos casos, a primeira crise de asma surge antes do terceiro ano de vida.

O perfil dos cuidadores entrevistados foi analisado através das variáveis escolaridade, idade, ocupação e grau de parentesco com a criança (Tabela 1). Verificou-se que a maioria eram mães das crianças (63,8%), o que mostra que,

neste estudo, a mãe é a referência no cuidado dos filhos, seguida dos avôs (18,7%). Embora, atualmente, em muitas famílias o homem divida com as mulheres as atividades de âmbito doméstico, neste estudo constatou-se a presença de apenas um pai cuidador. Na revisão de literatura sobre o tema, verificou-se que muitos estudos relacionados aos cuidadores foram realizados especificamente com as mães, confirmando que o papel de principal cuidador ainda é materno.

Em relação à escolaridade, 73,8% estudaram até o 1º grau, o que é corroborado por outras pesquisas como a de Stephan & Costa¹⁰, na qual 75,9% das mães entrevistadas tinham até oito anos de escolaridade. Da mesma maneira, em uma análise realizada nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, mais de 60% dos responsáveis pelas crianças possuíam este mesmo tempo de estudo.¹³ Outras pesquisas^{9,17} reafirmam a baixa escolaridade dos pais, apresentando menos de oito anos de estudo.

Quanto à idade do cuidador (a), variou entre 18 e 68 anos, com média de 36,64 anos. Dentre as ocupações, prevaleceu a do lar com 59,5%.

Quando analisados os critérios relacionados ao conhecimento e conduta do cuidador (a) (Tabela 2), no manejo inicial dos episódios de sibilância observou-se que, apesar da maioria das crianças fazer o uso de broncodilatadores, 37,5% dos entrevistados apresentaram conduta não adequada. Alguns cuidadores (as) referiam não ter a medicação em casa ou ainda utilizar crenças e costumes tradicionalistas, como “colocar os pés da criança em água quente”, para alívio dos sintomas. No estudo em que foram utilizados os mesmos critérios de avaliação¹⁰, em torno de 45,4% das mães entrevistadas também apresentaram conduta não adequada.

Em relação ao reconhecimento de sinais e sintomas de gravidade e exacerbação, 26,3% dos cuidadores (as) não souberam identificar adequadamente a gravidade da doença, referenciando respostas diversificadas. Em muitas delas, a tosse foi indicada como um fator importante de identificação da gravidade da crise, surgindo respostas como: “tosse, chiado e vômitos”; “quando tosse muito, baba por causa da tosse”. Alguns cuidadores (as) relataram levar a criança ao médico ou ao posto de saúde em todas as crises asmáticas que a criança apresentava. Outras respostas também consideradas não adequadas foram: “revira os olhos”; “não consegue dormir, fica agitada”. Por outro lado, a maioria dos entrevistados

considerou que, se a criança não melhora com a medicação ou se os sintomas ficam mais evidentes, é hora de buscar atendimento em unidades de saúde.

No critério correspondente à identificação dos fatores desencadeantes das crises, apenas um entrevistado apresentou resposta não adequada, referindo a ingestão de chocolate pela criança como fator desencadeante. No estudo de Stephan & Costa¹⁰, todos os entrevistados souberam identificar pelo menos um fator⁶.

Neste estudo, analisando os três critérios (manejo inicial dos episódios de sibilância; reconhecimento dos sinais e sintomas de gravidade e exacerbação; e reconhecimento de fatores desencadeantes), constatou-se que, em cada um deles, mais de 60% das respostas foram consideradas adequadas. Entretanto, nos critérios manejo inicial de episódios de sibilância e reconhecimento de sinais e sintomas de gravidade e exacerbação se obteve um número significativo de respostas não adequadas (37,5% e 26,3%, respectivamente), o que resultou em um desfecho inadequado (51,3%). Ou seja, considera-se um déficit importante no conhecimento dos cuidadores (as) de crianças com asma.

Considerando a discrepância do percentual de cada critério, nas condutas adequadas, pode-se presumir que a questão referente aos fatores desencadeantes das exacerbações tenha facilitado a resposta, pelo fato de ter sido utilizada uma lista de fatores para múltipla-escolha do cuidador (a), podendo influenciá-lo nas respostas. Da mesma maneira, essa resposta pode estar relacionada ao conhecimento cultural dessas pessoas, que utilizam recursos do saber popular para prevenir a asma¹⁸. Isso não ocorre nas questões sobre o manejo inicial dos episódios de sibilância e reconhecimento de sinais e sintomas das exacerbações, onde o cuidador (a) necessita de um conhecimento mais aprofundado sobre a doença e seu manejo, o que pode ser proporcionado pela ciência e profissionais da saúde.

A tabela 3 apresenta a associação entre o conhecimento e conduta dos cuidadores (as) com suas características sócio-demográficas. Associando o grau de parentesco com o conhecimento e conduta do cuidador (a), o resultado não obteve significância ($p=0,672$). Ao analisar o grau de parentesco prevalente, que foi a mãe, constatou-se que 37,3% descreveram conduta não adequada no manejo inicial dos episódios de sibilância. Quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas de agravamento, 25,5% das mães também apresentaram conduta não adequada. Já no critério de reconhecimento de fatores desencadeantes das exacerbações, todas as

mães souberam identificar pelo menos um fator. Contudo, o desfecho das mães foi considerado, em sua maioria, não adequado, o que é corroborado por outros estudos^{5,10,18,19} que mostram a insuficiência de conhecimento e o uso de práticas empíricas pelas mães.

Em relação aos avôs (ós) e tios (as), o desfecho do conhecimento foi considerado adequado, o que não ocorreu com os irmãos (ãs), que em sua maioria apresentaram conhecimento não adequado. Estes dados podem estar relacionados com a faixa etária dos cuidadores (as), supondo que os irmãos sejam mais jovens que os avós e tios. Stephan & Costa¹⁰ concluíram que as mães mais jovens possuíam menos conhecimento. Embora na análise do conhecimento com a idade do cuidador (a) neste estudo não tenha se encontrado valor significativo ($p=0,746$), os resultados apontam para esta mesma direção, o que poderá ser melhor avaliado em futuras pesquisas com amostra maior. Todavia, outros estudos,^{14,20} realizados apenas em pacientes adultos com asma, evidenciaram que a idade mais avançada é que estava relacionada com o déficit de conhecimento e menor qualidade de vida.

Considerando as ocupações, o resultado não obteve significância ($p=0,343$). Quanto aos cuidadores (as) que tinham ocupação do lar, 46,8% demonstraram desfecho não adequado de conhecimento, e das outras ocupações mais citadas (serviços gerais, doméstica, auxiliar de serviços gerais, aposentado, babá e estudante), 57,6% também apresentaram desfecho não adequado.

Ao associar o grau de instrução com o manejo inicial dos episódios de sibilância, evidenciou-se que, com o aumento do grau de escolaridade, a proporção de pessoas com conduta adequada tende a aumentar ($p=0,017$). No entanto, não foi encontrada associação estatisticamente significativa da escolaridade com o reconhecimento de sinais e sintomas de gravidade e exacerbação e o conhecimento de fatores desencadeantes das exacerbações. Já na associação da escolaridade com o desfecho do conhecimento, que inclui o manejo inicial dos episódios de sibilância, o reconhecimento de sinais e sintomas de gravidade e exacerbação e o conhecimento de fatores desencadeantes das exacerbações, novamente observou-se tendência de aumento na proporção de conhecimento adequado para maiores níveis de escolaridade, sendo o qui-quadrado significativo ($p=0,008$). A educação proporciona ao indivíduo competências sociais e intelectuais, capazes de facilitar a compreensão sobre a doença e a adaptação aos cuidados que esta exige.²⁰ É

possível supor que os cuidadores(as) com maior nível de escolaridade compreendem mais os problemas de saúde e procuram mais pelos serviços de saúde, o que proporciona um melhor entendimento para o manejo e controle da asma.¹³ Stephan & Costa¹⁰ também concluíram que o déficit de conhecimento dos responsáveis pode estar relacionado ao baixo nível de escolaridade. Foram encontrados poucos estudos^{10,14} que analisaram o nível de escolaridade com o conhecimento do portador da doença ou de seu familiar. Outros estudos^{9,17,21,22} analisaram a escolaridade do cuidador com a ocorrência de crises de asma. E constataram que existe relação do baixo grau de instrução com a incidência de crises, consultas em pronto-socorro e hospitalizações.

O nível educacional dos pais e cuidadores (as) pode ser importante no que se refere às crianças asmáticas, visto que estas ainda não possuem total independência para o auto-cuidado. O próprio entendimento da criança sobre a doença no futuro vai depender da compreensão dos responsáveis no presente.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo associar o conhecimento do principal cuidador com suas características demográficas e sociais.

Verificou-se que a principal cuidadora das crianças era a mãe, prevalecendo o grau de escolaridade até o 1º grau e a ocupação do lar. No que se refere ao conhecimento sobre o manejo inicial dos episódios de sibilância, um número expressivo de cuidadores não identificaram adequadamente e grande parte desses eram mães. Quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas de gravidade e exacerbação das crises, um número maior de cuidadores identificou adequadamente, embora quase um terço destes não soubesse identificar os sinais e sintomas. No critério correspondente à identificação dos fatores desencadeantes das crises, a grande maioria identificou adequadamente. Considerando os três critérios relacionados ao conhecimento dos cuidadores, constatou-se que a maioria não teve o desfecho adequado e, desses, a maioria eram mães.

A análise estatística não identificou associação entre os três critérios do conhecimento e o desfecho do mesmo com o grau de parentesco, idade e ocupação dos cuidadores. Porém, em relação à associação entre o conhecimento e a

escolaridade dos mesmos, identificou-se que no critério do manejo inicial dos episódios de sibilância com o aumento do grau de escolaridade a proporção de pessoas com conduta adequada tende a aumentar. A associação do desfecho do conhecimento com a escolaridade foi estatisticamente significativa, com a tendência de aumento na proporção de conhecimento adequado para maiores níveis de escolaridade.

Verificou-se que os cuidadores (as) sabem identificar fatores desencadeantes das crises asmáticas com maior facilidade do que manejar o episódio de sibilância ou ainda reconhecer o agravamento da crise.

Portanto, questiona-se se todos os cuidadores estão realmente atentos aos sintomas de crise asmática e se tem a capacidade de fazer uma detecção precoce do início de uma crise. Destaca-se a importância deste fator, pois a identificação do aparecimento do sintoma mais leve, que indique uma possibilidade de desenvolvimento de crise asmática o mais cedo possível, possibilita uma intervenção eficaz a essas crianças asmáticas.

A grande porta para a educação em saúde são as Estratégias de Saúde da Família, onde é possível a troca de saberes e experiências entre os profissionais de saúde e os cuidadores, destacando-se a oportunidade deste profissional de estar mais próximo do ambiente domiciliar. Por isso, faz-se necessário o aperfeiçoamento dos programas e ações destas unidades, bem como das condutas adotadas pelos profissionais de saúde, visto que estes são de suma importância para os portadores da doença e sua família, e devem acompanhar a saúde da criança juntamente com ela e seus cuidadores, trazendo benefícios e qualidade de vida para as famílias.

Durante a coleta de dados, encontraram-se dificuldades na busca em prontuários como, por exemplo, deficiências nas evoluções sobre a história da doença e desatualização nos dados de identificação do usuário (nome, endereço, idade, telefone, entre outros). Assim, destaca-se também a importância da dedicação dos profissionais de saúde coletiva no processo de registro de dados dos usuários, contribuindo para realização dos processos de pesquisa e a qualificação dos processos de intervenção em saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).
- 2 Casagrande RRD, Pastorino AC, Souza RGL, Leoni 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 Veras TN, Sakae TM. **Características de crianças hospitalizadas com asma grave no Sul do Brasil.** Scientia Medica. 2010;20(3):223-7.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Informações de saúde epidemiológicas e morbidade. Indicadores de morbidade hospitalar por internação, 2008; indicadores de estatísticas vitais mortalidade geral, 1996 a 2009** [capturado em 4 maio 2011]. Disponível em www.datasus.gov.br
- 5 Silva MDB, Silva RL, Santos IMM. **O cuidado materno no manejo da asma infantil – contribuição da enfermagem transcultural.** Esc. Ana Nery. Revista de Enfermagem. 2009 Out/Dez;13(4):772-9.
- 6 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma.** J Bras Pneumol. 2006; 32(Supl 7): 447-74.
- 7 Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **III Congresso Brasileiro no Manejo da Asma 2002.** J Pneumol. 2002;28 (Supl. 1):1-28.
- 8 Zhang L, Costa M , Ávila L, Bonfanti T, Ferruzzi E. **Conhecimento de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão a um serviço especializado.** Revista da Associação Médica Brasileira. 2005; 51(6): 342-7.
- 9 Caetano JA, Lima MA, Soares E, Miranda MC. **Conhecimento da família sobre os fatores precipitantes da crise asmática na criança.** Rev. Rene. Fortaleza. 2010 Jul/Set; 11(3): 153-161.
- 10 Stephan AMG, Costa JSD. **Conhecimento sobre asma das mães de crianças acometidas pela patologia, em área coberta pelo Programa de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Epidemiologia. 2009; 12(4): 671-9.
- 11 Vieira JWC, Silva AA, Oliveira FM. **Conhecimento e impacto sobre o manejo das crises de pacientes portadores de asma.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2008 Nov/Dez; 61(6): 853-7.

- 12 Neto AC, Filho OFF, Bueno T, Talha ri MA. **Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina.** J Bras Pneumol.2008;34(9):639-45.
- 13 Wehrmeister FC, Peres KGA. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2003. Cad. Saúde Pública. 2010 Set; 26(9): 1839-52.
- 14 Ponte EV, Petroni J, Ramos DCB, Pimentel L, Freitas DN, Cruz AA. **A percepção do controle dos sintomas em pacientes asmáticos.** J Bras Pneumol. 2007; 33(6): 635-40.
- 15 Kuschnir FC, Cunha AJLA, Braga DAC, Silveira HHN, Barroso MH, Aires ST. **Asma em escolares de 13 e 14 anos do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil: estimativas de prevalência, gravidade e diferenças de gênero.** Cad. Saúde Pública. 2007 Abr; 23(4): 919-26.
- 16 Salomão Júnior JB, Miyazaki MCOS, Cordeiro JA, Domingos NAM, Valerio NI. **Asma, competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes.** Estudos de Psicologia. 2008 Abr/Jun; 25(2): 185-92.
- 17 Ache BICS, Kahan F, Fiterman J. **Prevalência de sintomas de asma e tratamento de crianças e adolescentes de 2 a 14 anos no Campus Aproximado da PUCRS.** J Bras Pneumol. 2005; 31(2): 103-10.
- 18 Frota MA, Martins MC, Santos RCAN. **Significados culturais da asma infantil.** Revista Saúde Pública. 2008; 42(3): 512-6.
- 19 González DA, Victora CG, Gonçalves H. **Efeitos das condições climáticas no trimestre de nascimento sobre asma e pneumonia na infância e na vida adulta em um coorte no Sul do Brasil.** Cad. Saúde pública. 2008 Maio; 24(5): 1089-109.
- 20 Matos APS, Machado ACC. **Influência das Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Abr- Jun 2007; 23(2): 139-148.
- 21 Rocha JIP, Rocha MCP, Almeida SC, Ramos BL, Mrozinsk ACB. **Relação entre a ocorrência de asma em crianças com: nível educacional dos cuidadores, renda domiciliar e condições de moradia.** Rev. Fac. Ciênc. Méd. 2011; 13(1): 17-21.
- 22 Chatkin M, Menezes AMB, Albernaz E, Victora CG, Barros FC. **Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública. 2000 Out; 34(5): 491-8.

Agradecimentos

Agradecemos aos seguintes acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem/PUCRS, os quais participaram da coleta de dados da pesquisa: Bruna Camargo Baggio; Camila Minuzzi; Carolina Reis Renz; Daniela Bressan; Guilherme Pereira Rodrigues; Katyana Tcatch Bittencourt; Lidiane Menger Marques, Luciane Dutra Marques; Raquel Barcellos Marques.

Tabela 1- Características do cuidador de crianças com asma em Estratégias Saúde da Família do Distrito Leste de Porto Alegre. (n=80).

Variáveis	Sumário*
Parentesco com a criança	
Mãe	51 (63,8)
Avó ou Avô	15 (18,7)
Tio ou Tia	7 (8,7)
Irmão ou Irmã	5 (6,2)
Pai	1 (1,3)
Babá	1 (1,3)
Escolaridade	
1º grau incompleto	42 (52,5)
1º grau completo	17 (21,3)
2º grau incompleto	7 (8,7)
2º grau completo	7 (8,7)
Ensino técnico	4 (5,0)
Ensino superior incompleto	2 (2,5)
Nunca estudou	1 (1,3)
Idade (anos)	36,64 ± 12,19
Ocupação	
Do lar	47 (59,5)
Serviços Gerais	6 (7,5)
Doméstica	4 (5,0)
Auxiliar de serviços gerais	3 (3,8)
Aposentada	3 (3,8)
Babá	3 (3,8)
Estudante	3 (3,8)
Outras	11(12,8)

*n (%); média ± desvio-padrão.

Fonte: Dados dos Instrumentos da Pesquisa coletados nas ESF's (PORTO ALEGRE, 2011)

Tabela 2- Conhecimento e conduta do cuidador no manejo e na prevenção de crises de asma em crianças em Estratégias Saúde da Família do Distrito Leste de Porto Alegre. (n=80).

Variáveis	Sumário*
Manejo inicial dos episódios de sibilância	
Conduta não adequada	30 (37,5)
Conduta adequada	50 (62,5)
Reconhecimento de sinais e sintomas de gravidade e exacerbação	
Identificação não adequada da gravidade	21(26,3)
Identificação adequada da gravidade	59 (73,7)
Reconhecimento de fatores desencadeantes das exacerbações	
Identificação do fator não adequada	1(1,3)
Identificação do fator adequada	79 (98,7)
Desfecho do conhecimento considerando nos três fatores	
Conhecimento não adequado	41(51,3)
Conhecimento adequado	39 (48,7)

*n (%).

Fonte: Dados dos Instrumentos da Pesquisa coletados nas ESFs. Porto Alegre. 2011

Tabela 3 - Associação das características demográficas e sociais com o conhecimento do cuidador de todas as Estratégias de Saúde da Família. (n=80).

Variáveis	Manejo Inicial do episódio		Reconhecimento de sinais e sintomas de		Reconhecimento de fatores		Desfecho do conhecimento	
	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A
Parentesco								
Mãe	37,3	62,7	25,5	74,5	0	100	51,0	49,0
Avó ou Avô	33,3	66,7	20,0	80,0	6,7	93,3	46,7	53,3
Tio ou Tia	42,9	47,1	14,3	85,7	0	100	42,9	57,1
Irmão ou Irmã	40,0	60,0	60,0	40,0	0	100	80,0	20,0
Pai	100	0	100	0	0	100	100	0
Babá	0	100	0	100	0	100	0	100
Valor p	0,924		0,212		0,363		0,672	
Idade								
Menor de 20 anos							75,0	25,0
20-39 anos							48,0	52,0
40-59 anos							55,0	45,0
Maior de 60 anos							50,0	50,0
Valor p							0,746	
Escolaridade								
1º grau incompleto	45,2	54,8	28,6	71,4	0	100	57,1	42,9
1º grau completo	52,9	47,1	29,4	70,6	5,9	94,1	70,6	29,4
2º grau incompleto	0	100	0	100	0	100	0	100
2º grau completo	14,3	85,7	28,6	71,4	0	100	28,6	71,4
Ensino técnico	0	100	25,0	75,0	0	100	50	50
Ensino superior	0	100	0	100	0	100	0	100
Nunca estudou	100	0	100	0	0	100	100	0
Valor p	0,017		0,417		0,473		0,008	
Ocupação								
Do lar							46,8	53,2
Outras ocupações							57,6	42,4
Valor p							0,343	

NA: Não adequado; A: Adequado.

Fonte: Dados dos Instrumentos da Pesquisa coletados nas ESFs. Porto Alegre. 2011