

## CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO DE INFORMAÇÃO DO PACIENTE ASMÁTICO PEDIÁTRICO

### CONSIDERATIONS ON THE RIGHT OF INFORMATION OF THE PEDIATRIC ASTHMATIC PATIENT

### CONSIDERACIONES SOBRE EL DERECHO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE ASMÁTICO PEDIÁTRICO

VIVIANE MARTINS DA SILVA<sup>1</sup>  
MARIA VILANI CAVALCANTE GUEDES<sup>2</sup>

*Objetivamos investigar o conhecimento de crianças asmáticas sobre seu diagnóstico, práticas preventivas e as condutas diante da crise. Estudo exploratório-descritivo realizado junto a 35 crianças atendidas num hospital público da cidade de Fortaleza-CE. Entre as crianças do estudo, 88,6% sabiam o nome de seu diagnóstico; 54,3% afirmaram ter recebido essa informação da mãe; 37,2% receberam dos profissionais de saúde e 5,7% descobriram ouvindo as orientações que os profissionais davam às mães. Concluímos que as crianças possuem um bom conhecimento sobre sua doença, entretanto, os profissionais de saúde são os que menos informam sobre o processo saúde-doença dessas crianças.*

UNTERMOS: Direitos do Paciente; Pediatria.

*We aimed at investigating the knowledge of asthmatic children on their situation, preventive practices and behaviors in the face of crisis. It is an exploratory and descriptive study developed together with 35 children assisted at a public hospital in the city of Fortaleza – CE. Among the children studied, 88.6% knew the name of their disease; 54.3% said they got that information from their mothers; 37.2% got that from health professionals and 5.7% discovered by listening to the guidelines doctors gave to their mothers. We concluded that children have good knowledge on their disease but health professionals are the ones who less inform about the health-disease process of those children.*

KEYWORDS: Patients' Rights; Pediatrics.

*Objetivamos investigar el conocimiento de los niños asmáticos en su diagnóstico, prácticas preventivas y las conductas antes de la crisis. Estudio exploratorio-descriptivo realizado junto a 35 niños atendidos en un hospital público de la ciudad de Fortaleza-CE. Entre los niños del estudio, 88,6% sabían el nombre de su diagnóstico; 54,3% afirmaron tener recibido esa información de la madre; 37,2% recibieron de los profesionales de salud y 5,7% descubrieron oyendo las orientaciones que los profesionales dieron a las madres. Nosotros concluimos que los niños poseen un bueno conocimiento sobre su enfermedad, entretanto, los profesionales de salud son los que menos informan sobre el proceso salud-enfermedad de esos niños.*

PALABRAS CLAVES: Derecho del paciente; Pediatría.

<sup>1</sup> Enfermeira, professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará. [vivianemartinsdasilva@hotmail.com](mailto:vivianemartinsdasilva@hotmail.com).

<sup>2</sup> Livre-docente em Educação em Saúde, professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará. [vilani\\_guedes@hotmail.com](mailto:vilani_guedes@hotmail.com).

## INTRODUÇÃO

Desde a socialização do homem, da pré-história até hoje, a vida em sociedade é marcada por conflitos que geram e desfazem situações de desigualdades. Ao buscar desfazer as desigualdades geradas pelo privilégio de uns sobre outros, o homem criou documentos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Apesar de garantidos por lei, ainda é possível encontrar sociedades onde há grupos que não gozam de direitos, como exemplo, tem-se o grupo de idosos, mulheres e principalmente de crianças de alguns povos asiáticos.

Voltando um pouco no tempo, encontramos até o final do século XII a criança oculta dentro da sociedade: tinha-se uma visão da criança como um adulto em miniatura. A ela não era atribuído nenhum direito, apenas obrigações para com os adultos, seus responsáveis. À criança não cabia nem o direito à vida que era determinado por seus pais (ARIÉS, 1981).

O século XVII foi marcado por grandes mudanças no conceito de infância e conseqüente valorização do infante na sociedade. A criança deixou de ser vista como um pequeno adulto e passou a ser considerada como um ser especial com características próprias ao seu desenvolvimento. Dentro do núcleo familiar, a valorização da criança aconteceu ao mesmo tempo em que ocorreu o declínio do poder do pai como chefe da casa. Muitos foram os estudos científicos desenvolvidos a partir desse século, buscando conhecer melhor essa fase da vida (ARIÉS, 1981).

Em outras sociedades, até bem pouco tempo, a criança não possuía em seu favor documentos que determinassem seus direitos como cidadão. O reconhecimento da criança como cidadão aconteceu no final dos anos cinquenta com a proclamação da Declaração dos Direitos da Criança e só foi possível devido à valorização da criança dentro do contexto familiar e da sociedade ocorrido no início do século passado.

O século XX trouxe algumas melhorias para a cidadania da criança. Para Gaíva e Paião (1999) a criança está ganhando identidade, voz e estatuto legal, tornando-se o centro das atenções. No século XX, a criança obteve internacionalmente alguns ganhos como a Declaração dos Direitos da Criança em 1959 e a Carta de Direitos da Pediatria em 1975 e mais recentemente no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

Apesar de muitas conquistas, a criança ainda é vista como um ser dependente incapaz de tomar deliberações sozinha. Esta dependência leva as pessoas a tratá-las de diferentes maneiras, *persistindo a omissão de alguns, a superproteção por parte de outros e o respeito ao ser criança por poucos* (GAÍVA ; PAIÃO, 1999, p. 77).

Respeitar a criança significa reconhecê-la como sujeito participante da sociedade, sujeito este que possui necessidades e desejos que precisam ser realizados para plenificação de seu ser.

Na área da saúde é necessário reconhecer que a criança, assim como o adulto, possui pontos de vista que precisam ser valorizados, possui ansiedades que precisam ser apaziguadas, possui direitos que precisam ser respeitados.

*O respeito à criança por parte dos profissionais da saúde inclui dentre outros, a permissão para que ela participe ativamente do planejamento do processo assistencial recebendo informações, sendo consultada, fazendo as escolhas possíveis, ou seja, sendo tratada como sujeitos de direitos* (GAÍVA ; PAIÃO, 1999, p. 77).

E hoje, em nossa realidade, os profissionais de saúde estão respeitando os direitos dos pacientes pediátricos, entre eles o direito de informação? O que sabem os pacientes pediátricos asmáticos sobre seu diagnóstico, prognóstico e terapêutica? Se esses pacientes sabem algo do seu processo saúde-doença e do processo assistencial, será que estão recebendo essas informações dos profissionais de saúde? Se essas informações estão vindo do profissional, como são repassadas?

Diante desta realidade inquietante, resolvemos realizar o presente estudo junto a pacientes pediátricos asmáticos, que devido à cronicidade de sua doença e o difícil seguimento das condutas terapêuticas que tanto modificam o padrão individual e familiar de vida, necessitam de informações seguras e de fácil assimilação. Acreditamos que a criança asmática consciente do que está ocorrendo com ela contribui melhor para a realização da terapêutica, facilitando, assim, a realização do trabalho do profissional.

## OBJETIVOS

Os objetivos do estudo são investigar o conhecimento de crianças asmáticas sobre seu diagnóstico, práticas preventivas e as condutas diante da crise, bem como conhecer quem as informa sobre sua doença e tratamento.

## METODOLOGIA

Escolhemos como modelo de investigação o estudo de caráter exploratório-descritivo, realizado num hospital da rede pública do Município de Fortaleza-CE integrado à Secretaria Executiva Regional IV – SER IV.

A estrutura física integra 55 leitos, sendo 30 em unidade de internação clínica e 25 em unidade de emergência. A instituição, ainda possui serviço de ambulatório em puericultura, fisioterapia respiratória, gastroenterologia, pediatria geral, terapia ocupacional, cardiologia e asma.

O Ambulatório de Asma desenvolve ações que integram o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Criança com Asma – PROAICA – onde os dados da pesquisa foram coletados e conta com: 3 médicos, 2 enfermeiros e 1 assistente social. O PROAICA oferece para os pais palestras realizadas pelo assistente social no início da manhã e para as crianças consultas médicas e, logo após, consultas de enfermagem. O Programa funciona às terças-feiras nos períodos manhã e tarde e as quintas-feiras somente no período da manhã.

A população estudada foi constituída por todas as crianças inscritas no PROAICA com idades entre 7 e 10 anos. A amostra foi selecionada a partir dessa clientela que procurou o Programa às terças-feiras nos meses de agosto e setembro de 2001 que atendia os critérios de idade, número mínimo de duas consultas médicas no Programa e aceitação livre da mãe e da criança, alcançando um total de 35 crianças. Essa faixa etária foi escolhida por constituir uma fase em que a criança consegue manter um número maior de relações sociais além do âmbito familiar e consegue avaliar e interpretar os acontecimentos presentes a partir de experiências vivenciadas.

Na primeira consulta médica da criança no Programa, o profissional aproveita para repassar todas as informações possíveis sobre a asma, reforçando esses dados em

consultas subsequentes. Daí, limitarmos a inclusão da criança no estudo ao mínimo de 2 consultas para garantir que criança e acompanhante tenham recebido informações de profissionais de saúde.

Para coleta de dados, utilizamos duas técnicas: observação sistematizada e entrevista estruturada. A observação foi realizada somente durante as consultas médicas e as consultas de enfermagem da primeira criança a ser atendida em cada período, perfazendo um total de 14 consultas, cujos registros foram feitos no diário de campo. Utilizamos um mesmo roteiro para observar a consulta dos dois profissionais. Entre os aspectos a serem observados, incluímos linguagem utilizada pelo profissional, recursos audiovisuais, comportamento da criança e sua participação durante a consulta.

A entrevista gravada se dava posteriormente à consulta de enfermagem. O roteiro foi dividido em duas partes: uma referente aos dados de identificação e outra referente aos dados da patologia propriamente dita.

Por não existir Comitê de Ética no Hospital, o projeto foi encaminhado à Chefia de Enfermagem que o analisou e autorizou a sua realização. Respeitamos o direito de informação, liberdade dos participantes e garantia do sigilo das identidades das crianças em atenção ao que preconiza a Resolução 196/96.

Os dados foram organizados em quadros e a análise procedeu-se a partir da leitura das frequências numéricas e a interpretação apoiou-se na literatura pertinente. Os dados coletados na observação sistematizada serviram como complemento para a análise das frequências. Substituímos os nomes das crianças por outros fictícios.

## RESULTADOS

Entre as 35 crianças entrevistadas, 42,9% eram do sexo feminino e 57,1% eram do sexo masculino, confirmando Ventura et al. (1998) que afirma ser maior o número de meninos acometidos pela asma durante a infância.

A distribuição das idades, dentro da faixa etária estudada, apresentou-se de forma equilibrada, sendo 11 crianças de 7 anos (31,4%) e 11 com 10 anos (31,4%), 7 crianças de 8 anos (20,0%) e 6 crianças de 9 anos (17,1%). A grande maioria dessas crianças, ou seja, 68,5% encon-

travam-se com idades acima de 7 anos sendo, portanto, escolares com maiores condições de apreensão de conteúdos abordados durante as consultas.

Vale complementar que, 68,5% das 35 crianças mantiveram um mínimo de 6 consultas com os profissionais médicos do Programa, apenas 14,3% estavam realizando a sua segunda consulta. Os contatos com o enfermeiro foram menores por este ter entrado no Programa no final do segundo trimestre, estando todas as crianças realizando sua primeira ou segunda consulta de enfermagem.

Quando questionadas sobre o nome da sua doença, 88,6% responderam que sabiam e falaram corretamente o nome do problema de saúde.

Consideramos como corretas, as falas das crianças que responderam *asma*, *cansaço* ou *bronquite asmática* como nome da doença. Observamos que *cansaço* era um termo freqüentemente usado pelas mães das crianças e profissionais médicos durante as consultas, daí a associação de algumas crianças com o nome da sua doença. O termo *bronquite asmática* foi usado por uma criança de 10 anos que estava na sua 4ª consulta. Emerson e Mello (2001) afirmam ser a *bronquite asmática* um termo comumente utilizado por pais que não aceitam o diagnóstico de asma por associarem essa doença somente às formas mais graves. As crianças, por convivência, acabam adquirindo a mesma postura de seus pais.

Entre as crianças que não souberam o nome de sua patologia, três estavam dentro da porcentagem de 68,5% que mantiveram um mínimo de seis consultas médicas. A outra criança tinha sete anos e estava na sua segunda consulta dentro do Programa.

Como objetivávamos saber quem prestava as informações relativas ao diagnóstico de asma, perguntamos às crianças quem havia falado para as mesmas o nome do seu problema de saúde: 54,3% das crianças afirmaram ter recebido essa informação da mãe e 5,7% responderam terem descoberto sozinhas, ficando os profissionais de saúde com 37,2% das informações. Apenas 2,8% das crianças afirmaram não saber seu diagnóstico.

Entre os profissionais de saúde, o médico é o único que está respaldado legalmente para informar sobre o diagnóstico. O Código de Ética Médica citado por Gauderer (1993, p. 179) é bem específico quando afirma que é vedado ao médico:

*Art. 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.*

Apesar de freqüentemente observada durante as consultas e relatada pela maioria das crianças entrevistadas, para Gauderer (1993, p. 36) a conduta de não informar para evitar danos ao paciente deve ser *exceção e não regra, não devendo ser usada como justificativa ou regra para não informar, educar e conscientizar o paciente.*

Prestar informações sobre o diagnóstico de asma não incorreria de forma alguma em risco à saúde da criança, pelo contrário, dar essa informação diretamente a ela a traria para mais próximo do profissional e a envolveria no controle da asma.

É grande o interesse da criança em saber o que se passa com ela. De acordo com Gauderer (1993, p. 36) *as crianças mesmo não informadas diretamente do mal que as afligem, sabem muito bem, e inclusive com detalhes, o tipo de doença de que são portadoras, assim como também o prognóstico e evolução da mesma.* Observamos em vários momentos que para obter informações, as crianças lançaram mão da leitura de seus prontuários, dos cartões, das poucas ilustrações sobre a asma que havia em alguns consultórios, da escuta das conversas estabelecidas entre mães e profissionais de saúde e de perguntas feitas às mães.

Acreditamos que por dar mais atenção às perguntas das crianças e conseguir falar a mesma linguagem do filho, as mães foram a fonte principal de informação do diagnóstico para a criança.

Outro momento em que a mãe mostrou-se a portadora mais significativa das informações foi quando perguntamos à criança quem havia falado sobre a sua conduta na prevenção. Das 35 crianças, 51,4% afirmaram ter recebido essa informação da mãe. Novamente aqui, o direito do cliente pediátrico de receber as informações do profissional de saúde que é qualificado para assumir o papel de educador foi cerceado.

A mãe geralmente é a escolhida para o repasse das informações. No entanto, ela também é pouco informada sobre o diagnóstico e tratamento de seu filho. É frágil a

comunicação com os profissionais devido a presença de fatores como posição social, distância cultural, nível de instrução e incapacidade de compreender alguns termos técnicos (CARVALHO, 1984). Do total, 71,4% das mães das crianças do estudo possuíam o 1º Grau incompleto, tendo abandonado os estudos em torno da 4ª ou 5ª série; 8,6% das mães eram apenas alfabetizadas. Apesar do baixo grau de instrução, das poucas informações que retiveram e da angústia por ter um filho portador de doença crônica, são essas as pessoas que estão significativamente informando às crianças asmáticas do estudo.

As mães são as principais responsáveis pelo tratamento da criança. O mesmo é de difícil seguimento porque não muda somente a rotina de uma criança, mas sim, de uma família inteira que precisa contribuir para o sucesso da terapêutica. É, pois, complicado mudar comportamentos de pessoas que não foram devidamente esclarecidas.

*A asma está entre as doenças que têm maior porcentagem de não seguimento da prescrição, dependendo de condições tais como: problemas antecedentes ao aparecimento da doença, estabilidade da organização familiar, experiências, crenças, conhecimentos e relacionamentos com médicos, profissionais de saúde, enfim, com a estrutura de atenção médica (WESTPHAL, 1992, p. 236).*

O desaparecimento da sintomatologia da asma quando do início de seu tratamento pode levar alguns portadores e seus familiares a acreditar que estão curados, abandonando, assim, as condutas de controle das crises de asma. É difícil para uma criança que não compreende o porquê das condutas de prevenção das crises continuar realizando essas condutas após o desaparecimento dos sintomas da crise.

Uma nova postura de atenção à saúde da criança asmática poderia ser tomada pelo profissional de saúde. Uma postura de compromisso com a informação, com a educação e com o engajamento da criança e de seus familiares no tratamento da doença. No entanto, somente 42,8% das crianças afirmaram ter recebido dos profissionais de saúde as orientações sobre as condutas de prevenção.

Nas consultas observadas, os médicos raramente se voltaram às crianças para dar ou receber informações. Utili-

zavam uma linguagem simples, compatível com a idade dela, no entanto, em nenhum momento fizeram busca ativa de suas dúvidas ou procuraram mantê-la engajada no tratamento. Pouca ou nenhuma importância era dada às suas falas. /

As crianças de 7 a 10 anos recebiam informações diretamente do enfermeiro que as orientava sobre o que era o problema de saúde delas e os comportamentos de prevenção. A terapêutica medicamentosa era explicada diretamente à mãe. Somente as crianças que usavam medicação na forma de spray eram orientadas quanto ao modo de usar. No entanto, as conseqüências do seu trabalho não poderiam ser sentidas por estar realizando o primeiro ou segundo contato com elas.

Sobre o repasse das informações referentes à conduta durante as crises de asma, 73,5% das crianças responderam ter sido o médico quem prestou as informações, visto que a maioria das condutas faladas pela criança estavam relacionadas com a terapêutica medicamentosa e o único profissional, que possui respaldo legal para prescrever dentro do Programa, é o médico.

De todas as crianças, 11,8% afirmaram ter sido o enfermeiro quem prestou informações sobre o controle das crises, pois este sempre procurara saber se a mãe e a criança compreenderam a prescrição médica e esclarecia eventuais dúvidas. E ainda, 14,7% citaram a mãe por essa ser a responsável pela administração da medicação durante as crises, para a melhora da sintomatologia e por ser essa quem dita alguns comportamentos que devem ser seguidos pela criança nesse período.

O assistente social, apesar de fazer parte da equipe do Programa, em nenhum momento foi referenciado como fonte de informação sobre a asma para a criança.

QUADRO 1 – DADOS RELATIVOS AO ENTENDIMENTO DA ASMA PELAS CRIANÇAS. FORTALEZA-CE, 2001.

O que sabe sobre asma	F
Doença que precisa de controle ambiental	17
Doença que precisa de controle alimentar	14
Sintomatologia da crise	12
Doença que causa ou pode causar a morte	4
Doença que afeta o pulmão	4
Doença ruim	2
Doença contagiosa	1
É um bichinho	1
Doença que precisa de tratamentos freqüentes	1
Doença que faz adoecer por qualquer coisa	1

O Quadro 1 traz um demonstrativo sobre o entendimento da doença pela criança. As entrevistas revelaram que o maior conhecimento das crianças está relacionado ao controle ambiental e ao alimentar que fazem parte da conduta de prevenção das crises de asma.

A prevenção de crises exige que criança, mãe e profissional de saúde busquem juntos desenvolver a percepção dos gatilhos da crise e descobrir soluções necessárias ao controle da doença (WESTPHAL, 1992). Apesar de ser o primeiro objetivo do controle da asma, a prevenção das crises é fator de difícil concretização por exigir mudanças de comportamento da criança e de sua família.

Acreditamos que os itens que fazem referência à asma como uma doença que precisa de controle ambiental e alimentar foram mais citados por estarem mais relacionados aos comportamentos exigidos à criança no seu dia-a-dia. Fazem parte do item controle ambiental comportamentos, como: não poder brincar no sol, não pegar em brinquedos de pelúcia, evitar poeira, não ficar perto de animais com pêlo e penas. Quanto ao item controle alimentar incluímos as proibições de comer alimentos com corantes e conservantes.

Apesar de saber quais comportamentos adotar para evitar o desencadeamento das crises de asma, as crianças não sabem porque o estão fazendo, o que gera resistência das mesmas para a adoção desses comportamentos. Quando questionadas se tinham dúvidas sobre alguma informação referente a asma, oito crianças responderam que sim. Três manifestaram dúvidas relacionadas diretamente aos comportamentos de controle ambiental ou alimentar.

*É que eu não sei porque a gente come recheado e xilito e faz mal?* (Susana, 9 anos).

*Por que toda vida que a gente pega sol ou leva poeira a gente cansa logo?* (Paula, 10 anos).

*Por que a gente não pode comer recheada ou dindim?* (Valéria, 8 anos).

A não compreensão de tantas proibições também levou uma criança a querer saber porque a tratavam tão diferente.

*Por que tratam nós tão diferente?* (Ricardo, 9 anos).

Tantas proibições geradas pela terapêutica do controle da asma desencadeiam conflitos entre as crianças e seus familiares e a internalização desses conflitos.

Parte desses conflitos poderiam ser evitados com uma explicação adequada das medidas de prevenção da asma. Seria interessante também abrir espaço para a criança participar do tratamento. *É preciso dar responsabilidade à criança, dentro dos limites de sua idade, e saber cobrar, na medida em que ela for capaz de se desincumbir das tarefas* (EMERSON ; MELLO, 2001, p. 64).

A sintomatologia da crise também foi muito referida por ser um aspecto concreto da realidade da criança, afetando diretamente o desenvolvimento das mesmas. A sintomatologia da crise pode ir desde uma simples tosse até sintomas mais graves como dispnéia, sibilos, podendo levar a criança ao hospital ou mesmo ser fatal (EMERSON ; MELLO, 2001).

A asma também foi vista pelas crianças como uma doença que causa ou pode causar a morte:

*Eu sei que a asma é uma coisa que a gente tem que ter muito cuidado que se não morre, aí só* (Patrícia, 10 anos).

*Eu entendo que ela é uma coisa muito ruim, que pode, pode matar* (Carla, 9 anos).

A gravidade das crises de asma pode trazer para a criança um sentimento de medo da morte e a sensação de morte iminente pela sintomatologia apresentada. Este sentimento deve ser trabalhado pelo profissional de saúde para não agravar mais ainda o quadro da criança.

Outra criança assim diz:

*É uma doença muito contagiosa que tem pessoas que cansam muito e pode até correr perigo. Eu acho muito grave. Pode até morrer disso* (Amanda, 10 anos).

Essa criança também aprendeu que a asma pode levar a morte, dependendo da manifestação de sua sintomatologia, além disso, ela incorporou o mito de que a asma é uma doença transmissível a outras pessoas, idéia ainda presente em nossa sociedade e que é proveniente de pessoas pouco capacitadas para o repasse das informações

sobre asma. A má informação ou a falta de esclarecimentos leva as pessoas a acreditar que a asma é contagiosa, que é motivo de vergonha e que a pessoa tem culpa de ser asmático. Assim, como os adultos portadores de patologias crônicas, as crianças asmáticas podem se sentir culpadas por ser ou estar doentes e por trazer sofrimento para a família.

QUADRO 2 – DADOS RELATIVOS ÀS CONDUTAS DAS CRIANÇAS DURANTE A CRISE DE ASMA. FORTALEZA-CE, 2001.

O que faz na crise	F
Toma medicação	33
Permanece dentro de casa	7
Vai ao médico	4
Não bebe água gelada	1
Faz o que o médico manda	1

Como relatada, a conduta mais citada pelas crianças durante as crises foi a administração das medicações de ação rápida, por diminuírem a inflamação e reduzirem o edema das vias aéreas inferiores num curto espaço de tempo, reduzindo, assim, o desconforto respiratório. Quatro crianças citaram ir ao médico quando a medicação não fazia efeito. Cinco crianças disseram que permaneciam dentro de casa bem quietas, deitadas ou assistindo televisão para não piorarem. As crises de asma afetam a socialização da criança ao impedir que elas saiam para brincar por conta de sua condição física e por servir de desculpa para as mães manterem-nas dentro de casa.

QUADRO 3 – DADOS RELATIVOS ÀS CONDUTAS DAS CRIANÇAS PARA A PREVENÇÃO DAS CRISES DE ASMA. FORTALEZA-CE, 2001.

O que faz na prevenção	F
Realiza controle ambiental	26
Permanece dentro de casa	19
Realiza controle alimentar	18
Toma medicação	5
Não vai ao colégio	1
Vai ao médico	1

O Quadro 3 apresenta as ações preventivas, adotadas pelas próprias crianças, de controle das crises de asma. Como referido, grande parte delas realizavam ações de controle ambiental e alimentar; 19 referiram ficar em casa como medida de prevenção. Acreditamos que aqui as mães também induzem-nas a ficar em casa para não desencadear uma nova crise.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do exposto percebemos que as crianças conhecem a sua patologia e algumas condutas relativas ao tratamento da asma. Tais informações foram significativamente repassadas pelas mães, que em sua maioria possuem um baixo nível de escolaridade e não foram devidamente capacitadas para ajudar os filhos nas condutas de prevenção e controle das crises de asma. Apesar de capacitados para desenvolver atividades de educação em saúde junto às crianças e suas famílias e respaldados legalmente para exercer essas atividades, os profissionais de saúde do Programa, principalmente o médico, não despertaram para a importância das orientações dadas diretamente na tentativa de tentar engajá-las no tratamento da asma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981. 280p..
- CARVALHO, M. M. B. Informação: um direito dos pais. *Pediatrics*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 84-85, 1984.
- EMERSON, F.; MELLO, Y. *Asma infantil sem segredos*. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora, 2001. 72 p.
- GAÍVA, M. A. M., PAIÃO, M. R. S. O ser criança: percepção de alunas de um curso de graduação em enfermagem. *Rev. Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 75-83, jan., 1999.
- GAUDERER, E. C. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1993. 223p.
- VENTURA, R. N.; NASPITZ, C., PUCCINI, R. E., SILVA, E. M. K. Avaliação do programa de atenção a crianças asmáticas acompanhadas nas unidades de saúde do Município do Embu, São Paulo, no período de 1988 a 1993. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 117-128, jan/mar 1998.
- WESTPHAL, M. F. O papel educativo do pediatra no tratamento e controle das alergias e imunodeficiências. In: CARNEIRO-SAMPAIO, M. M. S., GRUMACH, A. S. *Alergia e imunologia em pediatria*. São Paulo: Sarvier, 1992. p. 235-244.

RECEBIDO EM: 20/02/2003

APROVADO EM: 16/04/2003