



Associação da autoeficácia de pais/cuidadores com os parâmetros de controle da asma infantil*

Association of self-efficacy of parents/caregivers with childhood asthma control parameters

Asociación de la autoeficacia de padres/cuidadores con los parámetros de control del asma infantil

Ana Lúcia Araújo Gomes¹, Kamila Ferreira Lima¹, Elizamar Regina da Rocha Mendes¹, Emanuella Silva Joventino², Mariana Cavalcante Martins¹, Paulo César de Almeida³, Lorena Barbosa Ximenes¹

Como citar este artigo:

Gomes ALA, Lima KF, Mendes ERR, Joventino ES, Martins MC, Almeida PC, et al. Association of self-efficacy of parents/caregivers with childhood asthma control parameters. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03282. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017008003282>

* Extraído da tese “Tradução, adaptação e validação da escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versão brasileira”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2015.

¹ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

³ Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between the self-efficacy of parents/caregivers and control parameters of childhood asthma. **Method:** Cross-sectional study with parents/caregivers of asthmatic children. Data were collected through a sociodemographic questionnaire and the Self-efficacy and their child's level of asthma control scale: Brazilian version. **Results:** Participation of 216 parents/caregivers in the study. There was a statistically significant association between self-efficacy scores and the following variables: unscheduled physician visit ($p=0.001$), visit to emergency department ($p<0.001$), hospital stays in the previous 12 months ($p=0.005$), physical activity limitation ($p=0.003$), school days missed ($p<0.001$), impaired sleep ($p<0.001$), ability to differentiate crisis medication from control medication ($p=0.024$), use of spacer ($p=0.001$), performing oral hygiene after use of inhaled corticosteroids ($p=0.003$), and knowledge of medication gratuity ($p=0.004$). **Conclusion:** A significant relationship of the self-efficacy of parents/caregivers of asthmatic children with control parameters and training on the necessary skills to reach this control was demonstrated in the study.

DESCRIPTORS

Child; Asthma; Caregivers; Self Efficacy; Pediatric Nursing.

Autor correspondente:

Kamila Ferreira Lima
Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo
CEP 60416-000 – Fortaleza, CE, Brasil
limakamila@yahoo.com.br

Recebido: 21/02/2017
Aprovado: 17/08/2017

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônica potencialmente grave que afeta mais de 300 milhões de pessoas no mundo. No entanto, 60% destas são crianças, população na qual a prevalência é crescente, sobretudo em países em desenvolvimento⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, no período de 1 ano (de 2014 a 2015), foram registradas 129.626 hospitalizações por asma, sendo que 63% correspondem à faixa etária de menores de 14 anos. O Nordeste foi a região que mais registrou hospitalizações nesse período (55.876 casos) com maior incidência entre as crianças de 1 a 4 anos de idade (16.181 casos). No Ceará, ocorreram 6.432 registros, sendo Fortaleza responsável por 41% (2.675) dos casos⁽³⁾.

As hospitalizações por asma são, em geral, decorrentes do controle inadequado da doença, o qual se deve a inúmeros fatores, tais como: ausência de um acompanhamento ambulatorial contínuo; descontinuidade no uso de medicação profilática; medidas preventivas no ambiente domiciliar inadequadas à realidade socioeconômica e cultural das famílias; carência de educação e suporte familiar que possibilitem o controle e a gestão deste agravo⁽⁴⁾.

Salienta-se que o controle dessa cronicidade (asma) pode ser influenciado por fatores, psicológicos, terapêuticos, ambientais e dentre estes, os comportamentais, em que se destaca a autoeficácia⁽²⁾. Esta é conceituada como a crença que os indivíduos têm em sua capacidade de realizar ações que influenciarão os eventos que afetam suas vidas, determinando como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam diante de obstáculos e experiências adversas⁽⁵⁾.

Assim, a autoeficácia pode ser considerada um fator determinante para a promoção de comportamentos saudáveis. Estudo realizado no Irã com 172 mães de crianças com asma constatou que os níveis mais elevados de autoeficácia foram associados com um melhor controle da asma e com índices mais elevados de qualidade de vida⁽⁶⁾, sendo este conceito considerado, portanto, um importante preditor de adesão terapêutica e um determinante do comportamento de saúde⁽⁷⁾.

Reconhecendo a importância dos comportamentos de pais/cuidadores no manejo e no controle da asma infantil, foi traduzida e adaptada para o Brasil a escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control* (autoeficácia e nível de controle da asma infantil)⁽⁸⁾, elaborada com base no referencial teórico de autoeficácia⁽⁵⁾ e nas diretrizes clínicas quanto aos parâmetros de controle da asma.

A escala é direcionada aos pais/cuidadores de crianças com asma, trabalhando dois domínios: expectativas de eficácia e expectativas de resultado. O primeiro domínio refere-se à confiança em reconhecer os gatilhos da asma na criança, no entendimento das orientações dos profissionais de saúde e na utilização dos dispositivos de tratamento, como: inaladores, espaçadores e medidores de pico expiratório. Já a expectativa de resultado busca ressaltar a crença de que uma boa gestão da asma da criança resultaria em menos visitas ao médico, menos visitas aos serviços de urgência e emergência, menos hospitalizações e menos dias de absentismo escolar⁽⁸⁾.

Dessa maneira, compreende-se que a autoeficácia em controlar a asma infantil contribui para um melhor manejo

da asma, resultando na redução das manifestações dos sintomas, diminuindo as agudizações^(1,9) e colaborando para o alcance dos parâmetros de controle de modo a atingir o *status* de asma controlada⁽¹⁰⁾. Para tanto, a compreensão de que essa condição crônica é controlável aumenta a confiança sobre a convivência com este estado de saúde, mantendo uma melhor qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Portanto, diante da cronicidade e prevalência da asma infantil, da sua morbidade e interferência na qualidade de vida dos indivíduos afetados e seus familiares, além da complexidade de sua gestão e manejo, este estudo teve como objetivo verificar a associação da autoeficácia de pais/cuidadores com os parâmetros de controle da asma infantil.

MÉTODO

Estudo transversal, realizado a partir da associação da autoeficácia com os parâmetros de controle e com a formação de competências para o controle da asma na infância, conduzido em três Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizadas no bairro mais populoso do Ceará, e na quinta maior capital do Brasil, Fortaleza, a qual apresenta mais de 50 mil pessoas vivendo em condições precárias de saúde⁽¹²⁾.

A amostragem deu-se por conveniência, de modo que participaram do estudo 216 pais/cuidadores de crianças com asma, acompanhadas regularmente em nível ambulatorial pelo Programa de Atenção à Criança com Asma (PROAICA) nas referidas UAPS, com diagnóstico médico de asma estabelecido e tratamento inalatório prescrito (com ou sem uso de espaçador). Foram excluídos os pais/cuidadores que apresentavam barreiras de comunicação e que cuidavam de crianças com diagnóstico de asma associada a outras patologias pulmonares que tornassem a asma de difícil controle.

Os dados foram coletados por uma enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde (ACS), devidamente capacitadas para tal, ao longo de 6 meses, no período de agosto de 2014 a janeiro de 2015, em duas etapas: na primeira, determinou-se a elegibilidade de 279 potenciais participantes por meio da revisão de prontuários e da Ficha A, que se trata de um instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde, preenchido pelos ACS. A segunda etapa constou de visitas domiciliares aos potenciais participantes e aos que aceitaram participar do estudo foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Optou-se pela visita domiciliar aos pais/cuidadores previamente selecionados com o objetivo de garantir um maior alcance das famílias de crianças com asma. No total, foram realizadas 216 visitas, com aplicação do questionário socio-demográfico e da escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versão brasileira.

A escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versão brasileira, permite avaliar a autoeficácia de pais/cuidadores no controle da asma infantil. Esta foi traduzida e validada com Coeficiente de Validade de Conteúdo-CVC de 0,88 e alfa de Cronbach de 0,92, sendo composta por 16 itens distribuídos em dois domínios (expectativas de eficácia e expectativas de resultado dos pais/cuidadores quanto ao controle da asma de seus filhos), cujo padrão de resposta varia em uma escala de Likert de cinco pontos (variando

de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, com um ponto neutro), com escores totais da escala podendo variar de 17 a 85 pontos, da seguinte maneira: de 17 a 57 pontos, sendo considerado somatório de baixa autoeficácia; de 58 a 67 pontos, moderada autoeficácia; e de 68 a 85 pontos, elevada autoeficácia. Observa-se que quanto maior a pontuação, maior será a confiança na gestão e no manejo da asma dos pais/cuidadores de crianças asmáticas⁽⁸⁾.

Os parâmetros considerados para estabelecer os níveis de controle da asma infantil foram a aparição de sintomas que exigem o uso de medicação de alívio, que culmine na limitação de atividades físicas e intensidade da limitação ao fluxo aéreo, medidos a partir de: sintomas diurnos, limitação das atividades, sintomas/despertares noturnos, necessidade de medicação de alívio e pela função pulmonar⁽¹⁰⁾. O *status* de asma controlada depende, ainda, de uma boa gestão e manejo para o desenvolvimento de habilidades e competências⁽¹⁾.

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 20.0). Utilizou-se de estatísticas descritiva e inferencial, por meio dos testes qui-quadrado e de máxima verossimilhança, sendo estabelecido o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança de 95%.

A análise exploratória (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrões) possibilitou comparações e associações das grandezas estatísticas das variáveis de interesse. A representação tabular permitiu uma comunicação visual rápida, concisa e esclarecedora dos resultados obtidos.

No que se refere aos procedimentos éticos, em todas as etapas deste estudo foram respeitadas as normas nacionais que regem a ética em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. A coleta de dados foi iniciada somente após

aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, sob o parecer n° 562.687/2014.

RESULTADOS

Participaram do estudo 216 pais/cuidadores. Pode-se verificar, a partir do somatório da escala dos pais/cuidadores entrevistados, variação de 58 a 85 pontos. Destaca-se que 47,7% ($n=103$) obtiveram escores de 67 pontos da escala e a menor pontuação obtida foi de 58 pontos, revelando, portanto, dois níveis de autoeficácia: moderada e elevada. Dessa forma, foram realizadas associações com os parâmetros de controle da asma, a formação de competências para o controle da asma com os níveis de autoeficácia apresentados pelos pais/cuidadores.

A Tabela 1 ilustra a descrição da associação entre os escores da escala e as variáveis de parâmetros de controle da asma. Constataram-se associações estatisticamente significativas entre os escores de autoeficácia e as seguintes variáveis: consulta médica não programada ($p=0,001$), visita às emergências ($p < 0,001$), hospitalizações nos últimos 12 meses ($p=0,005$), limitação de atividade física ($p=0,003$), absenteísmo escolar ($p < 0,001$) e sono prejudicado ($p < 0,001$).

A associação entre os escores da escala e as variáveis de formação de competências para o controle da asma em crianças foi analisada conforme a Tabela 2. Desta forma, a autoeficácia dos pais/cuidadores em controlar a asma da criança pode ser influenciada pelas seguintes variáveis: saber diferenciar medicação de crise da medicação de controle ($p=0,024$), uso de espaçador ($p=0,001$), realizar higiene oral após corticoide inalatório ($p=0,003$) e conhecimento da gravidade da medicação ($p=0,004$).

Tabela 1 – Associação entre os escores da escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versão brasileira e as variáveis de parâmetros de controle da asma em relação aos últimos 12 meses – Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Variável	Moderada (58-67 pontos)		Elevada (68-85 pontos)		χ^2	P
	N	%	N	%		
Consulta médica não programada (n=193)					13,950 ^a	0,001
Nenhuma	94	69,1	42	30,9		
1 a 2	12	41,4	17	58,6		
3 ou mais	11	39,3	17	60,7		
Visita à emergência (n=202)					15,896 ^a	<0,001
Nenhuma	101	70,6	42	29,4		
1 a 2	12	41,4	17	58,6		
3 ou mais	11	40,0	18	60,0		
Hospitalizações (n=203)					7,926 ^a	0,005
Nenhuma	115	65,3	61	34,7		
1 a 4	10	37,0	17	63,0		
Limitação de atividade física (n=208)					13,737 ^a	0,003
Frequentemente	3	21,4	11	78,6		
Às vezes	10	50,0	10	50,0		
Quase nunca	28	65,1	15	34,9		
Nunca	90	68,7	41	31,3		
Absenteísmo escolar (n=203)					26,640 ^a	<0,001
Frequentemente	3	20,0	12	80,0		
Às vezes	10	52,6	9	47,4		
Quase nunca	18	56,2	14	43,8		
Nunca	95	73,6	34	26,4		
Não está em idade escolar	2	25,0	6	75,0		
Sono prejudicado (n=211)					26,263 ^a	<0,001
Sim	7	22,6	24	77,4		
Não	127	70,6	53	29,4		

* Qui-quadrado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2 – Associação entre os escores da escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versão brasileira e as variáveis de formação de competências para o controle da asma – Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

Variável	Moderada (58-67)		Elevada (68-85)		χ^2 ^a	P
	N	%	N	%		
Sabe diferenciar medicação de crise e de controle (n=153)					5,114 ^a	0,024
Sim	78	67,8	37	32,2		
Não	18	47,4	20	52,6		
Uso de espaçador (n=191)					11,449 ^a	0,001
Sim	16	39,0	25	61,0		
Não	2	68,0	48	32,0		
Escalda o espaçador (n=48)					485 ^a	0,486
Sim	3	30,0	7	70,0		
Não	16	42,1	22	57,9		
Realiza higienização oral após corticoide inalatório (n=147)					8,937 ^a	0,003
Sim	82	65,6	43	34,4		
Não	7	31,8	15	68,2		
Recebeu informação sobre controle de sintomas da asma (n=147)					2,583 ^a	0,108
Sim	128	64,3	71	35,7		
Não	6	42,9	8	57,1		
Tem conhecimento sobre a gratuidade da medicação (n=213)					8,080 ^a	0,004
Sim	132	64,3	67	33,7		
Não	4	42,9	10	71,4		

* Qui-quadrado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os melhores escores de autoeficácia apresentados por pais/cuidadores de crianças asmáticas podem favorecer a remissão dos sintomas apresentados⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, no presente estudo, evidenciou-se que a autoeficácia moderada ou elevada de pais/cuidadores contribuíram para o alcance de parâmetros satisfatórios de controle da asma infantil, tais como: nenhuma visita médica não programada, nenhuma visita às emergências hospitalares, ausência de hospitalização, nenhuma limitação de atividade física, nenhum absenteísmo escolar e sono não prejudicado.

Salienta-se que quadros de asma não controlada resultam em procura pelos serviços de urgência e internações hospitalares⁽¹⁵⁾. Assim, estudo realizado na Carolina do Norte (EUA) confirma que, apesar das diretrizes de gestão da doença, dos avanços no tratamento farmacológico e dos fortes indícios da atuação dos medicamentos de controle sobre as crises de asma, ainda se tem mantido elevados números de visitas médicas e internações hospitalares por esta causa⁽¹⁶⁾.

Além disso, pesquisas realizadas têm demonstrado que muitas crianças asmáticas não alcançam o controle da doença em virtude da lacuna existente entre a prática de cuidado recomendada e o exercício⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Para tanto, conhecimento, atitudes e práticas dos pais devem ser incluídos no atendimento clínico de rotina, pois expressam, frente à asma, a confiança em relação à gestão e à eficiência no processo de cuidar⁽¹⁸⁾.

Destaca-se que experiências positivas no cuidado da criança favorecem uma maior autoeficácia percebida, podendo afetar as escolhas e o desempenho das pessoas, determinando como estas se sentem, pensam, se motivam e se comportam. A autoeficácia percebida tem influência direta sobre as escolhas, determinando quanto esforço elas vão gastar e quanto tempo vão persistir diante dos obstáculos e experiências aversivas⁽⁵⁾.

No que tange à limitação da atividade física, a variável apresentou relação significativa com os escores da escala,

demonstrando que a autoeficácia possui associação com a melhoria dos cuidados prestados às crianças. Resultados de uma metanálise afirmam que a atividade física na infância pode funcionar como um fator protetor para as crises de asma. Logo, crianças e adolescentes que apresentam uma baixa prática de atividade física tendem a apresentar piora dos sintomas da doença já instalada⁽¹⁹⁾.

Sabe-se que muitas crianças com asma evitam ou são impedidas pelos pais de realizar atividades físicas e de participar de brincadeiras mais extenuantes. No entanto, estas atitudes podem falsear ou interferir na avaliação dos parâmetros de controle da asma, que na infância é baseada nos sintomas, com limitações impostas pela doença e pela necessidade de uso de medicação de resgate. A avaliação cuidadosa do impacto da asma nas atividades diárias de uma criança é importante, incluindo atividades que exigem algum tipo de esforço físico⁽¹⁾.

O absenteísmo escolar e o sono prejudicado são aspectos de relevância no que diz respeito à autoeficácia em realizar uma gestão favorável para o controle da asma em crianças. Este achado converge com os dados de um estudo realizado em Miami-Dade (EUA), onde se afirma que a asma não controlada é a principal causa de absenteísmo escolar no país⁽²⁰⁾. Além disso, outro estudo realizado nos EUA constatou que crianças em idade escolar com sono prejudicado, por apresentarem asma fora de controle, tinham menor rendimento escolar e dificuldades para se manterem alertas durante as aulas⁽²¹⁾. Vale ressaltar que o sono é considerado como um forte preditor para a promoção da saúde⁽²²⁾.

Nesse contexto, o desenvolvimento de competências para saber diferenciar medicação de crise e medicação de controle, bem como sobre o uso de espaçador estão associadas a melhores escores de autoeficácia no presente estudo. Sabe-se que a educação, associada ao tratamento farmacológico, é fundamental no manejo da asma, devendo ser parte integral do cuidado com pacientes de qualquer idade, sobretudo com crianças⁽¹⁰⁾.

É importante que pais e/ou cuidadores sejam orientados por profissionais de saúde, devendo ser oferecido suporte para autogestão, como um plano de ação escrito com reavaliação regular⁽²¹⁾. Dessa forma, a gestão eficaz da asma requer que pessoas com esse agravo ou cuidadores adquiram conhecimentos, habilidades e confiança para assumirem um papel importante na gestão desta condição, reduzindo, assim, a morbidade e melhorando os níveis de controle⁽¹⁾.

É oportuno que os pais/cuidadores de crianças com asma tenham conhecimentos necessários para a prevenção de efeitos adversos, sendo os mais comuns: disfonia, cárie dentária e candidíase oral. Tais efeitos podem ser causados devido à administração de altas dosagens de corticosteroides inalatórios, que ocorrem geralmente pela falta da eficácia na gestão do tratamento⁽²³⁾. No entanto, o risco potencial pode ser minimizado pelo uso do espaçador e a realização de higiene oral após a aplicação⁽¹⁰⁾.

Os achados também indicaram que houve associação significativa entre o conhecimento da gratuidade da medicação e a autoeficácia em controlar a asma infantil. Resultados semelhantes foram constatados em um estudo⁽²⁴⁾ desenvolvido no Brasil, evidenciando que com o conhecimento e o acesso à gratuidade de medicamentos pelo programa Farmácia Popular (beclometasona e salbutamol), as taxas de hospitalizações por asma reduziram em 33,57%, representando uma economia de 51% nos gastos financeiros do sistema de saúde com hospitalizações relacionadas à asma.

A maximização do acesso à medicação, com garantias de uso de acordo com um plano de ação, associada a uma técnica adequada no uso dos dispositivos inalatórios, constitui-se fator primordial na gestão de exacerbações de asma e na prevenção de episódios graves da doença⁽²⁴⁻²⁵⁾.

O presente estudo transversal que descreve a associação entre as variáveis estudadas não permite estabelecer a relação entre causa e efeito. Entretanto, permite identificar a prontidão com a qual níveis elevados de autoeficácia podem influenciar o controle da asma em um determinado período de tempo. Por conta disso, sugere-se a realização de estudos experimentais randomizados utilizando a *Self-efficacy and their child's level of*

asthma control: versão brasileira para avaliar intervenções que visem contribuir para o controle da asma na infância.

CONCLUSÃO

O estudo evidencia uma relação significativa da autoeficácia dos pais/cuidadores de crianças com asma infantil com os parâmetros de controle e com a formação de competências necessárias para alcançar este controle. Dessa forma, constata-se que níveis elevados de autoeficácia contribuem diretamente para o controle da asma e, como consequência, para a promoção da saúde dessas crianças e de suas famílias.

Com base nos resultados obtidos e considerando-se o objetivo proposto nesta pesquisa, conclui-se que os parâmetros de controle da asma infantil associados com a autoeficácia de pais/cuidadores de crianças com asma foram: nenhuma visita médica não programada, nenhuma visita às emergências hospitalares, ausência de hospitalização, nenhuma limitação de atividade física, nenhum absenteísmo escolar e sono não prejudicado.

Em se tratando da formação de competências de pais/cuidadores de crianças com asma que obtiveram associação com níveis elevados de autoeficácia evidenciados no presente estudo, foram: saber diferenciar medicação de crise e medicação de controle, fazer uso do espaçador, realizar a higiene oral após o uso de corticoide inalatório, bem como conhecer a gratuidade da medicação.

Como limitação do estudo, cita-se a perda amostral (n=63) na realização das visitas domiciliares devido a características da comunidade visitada, tais como mudança frequente de endereço, violência urbana do território adscrito e dificuldades de acesso às áreas de dunas.

Resalta-se que a atuação do enfermeiro pode auxiliar, substancialmente, as famílias a elevar os níveis de autoeficácia, a partir de orientações direcionadas na formação de competências para o domínio de complexidades para uma boa gestão da asma na infância. Portanto, afirma-se que durante a consulta de enfermagem podem ser identificados os fatores capazes de influenciar a adesão ao tratamento, bem como envolver a criança e a família no processo saúde-doença.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre autoeficácia dos pais/cuidadores e parâmetros de controle da asma na infância. **Método:** Estudo transversal com pais/cuidadores de crianças com asma. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico e pela escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versão brasileira. **Resultados:** Participaram do estudo 216 pais/cuidadores. Foi encontrada associação estatisticamente significante entre os escores de autoeficácia e as seguintes variáveis: consulta médica não programada (p=0,001), visita às emergências (p<0,001), hospitalizações nos últimos 12 meses (p=0,005), limitação de atividade física (p=0,003), absenteísmo escolar (p<0,001), sono prejudicado (p<0,001), saber diferenciar medicação de crise da medicação de controle (p=0,024), uso de espaçador (p=0,001), realiza higiene oral após o uso de corticoide inalatório (p=0,003) e conhecimento da gratuidade da medicação (p=0,004). **Conclusão:** O estudo evidencia uma relação significativa da autoeficácia dos pais cuidadores de crianças com asma infantil com os parâmetros de controle e com a formação de competências necessárias para alcançar este controle.

DESCRITORES

Criança; Asma; Cuidadores; Autoeficácia; Enfermagem Pediátrica.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la asociación entre la autoeficacia de padres/cuidadores y los parámetros de control del asma en la infancia. **Método:** Estudio transversal con padres/cuidadores de niños con asma. Los datos fueron recogidos mediante cuestionario sociodemográfico y por la escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versión brasileña. **Resultados:** Participaron en el estudio 216 padres/cuidadores. Fue encontrada asociación estadísticamente significativa entre los scores de autoeficacia y las siguientes variables: consulta médica no programada (p=0,001), visita a las emergencias (p<0,001), hospitalizaciones los últimos 12 meses (p=0,005), limitación de actividad física (p=0,003), absentismo escolar (p<0,001), sueño perjudicado (p<0,001), saber diferenciar medicación de crisis de la medicación de control

($p=0,024$), uso de espaçador ($p=0,001$), realiza higiene oral tras el uso de corticoide inhalado ($p=0,003$) y conocimiento de la gratuidad de la medicación ($p=0,004$). **Conclusión:** El estudio evidencia una relación significativa de la autoeficacia de los padres cuidadores de niños con asma infantil con los parámetros de control y con la formación de competencias necesarias para alcanzar este control.

DESCRIPTORES

Niño; Asma; Cuidadores; Autoeficacia; Enfermería Pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Global Initiative for Asthma. Pocket guide for health professionals, updated 2015. [Internet]. Bethesda: GINA; 2015 [cited 2016 June 9]. Available from: http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/01/GINA_Pocket_2015.pdf
2. Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2014 [Internet]. New Zealand; 2014 [cited 2016 June 9]. Available from: http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde. Epidemiologia e morbidade [Internet]. Brasília: MS; 2016 [citado 2016 jun. 9]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
4. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2017 [Internet]. Bethesda: GINA; 2017 [cited 2017 May 1]. Available from: <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
5. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J Manag.* [Internet]. 2012 [cited 2016 June 9];31(1):9-44. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0149206311410606>
6. Rajabi R, Forozy M, Fuladvandi M, Eslami H, Asadabady A. The effect of family-centered empowerment model on the knowledge, attitudes and self-efficacy of mothers of children with asthma. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 10];5(4):41-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005427/>
7. Johnson MAJ, Javalkar K, Tilburg M, Haberman C, Rak E, Ferris ME. The relationship of transition readiness, self-efficacy, and adherence to preferred health learning method by youths with chronic conditions. *J Pediatr Nurs.* 2015;30(5):e83-90.
8. Gomes ALA, Ximenes LB, Mendes ERR, Teixeira OCM, Joventino ES, Javorski M. Translation and cultural adaptation of the self-efficacy and their child's level of asthma control scale: Brazilian version. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 20]; 25(3):e2950015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002950015>
9. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
10. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da para o manejo da asma. *J Bras Pneumol.* 2012;38(1 Supl):1-46.
11. Warren F, Seymour RB, Brunner HLR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Commun Health.* 2012;37(1):15-24.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2016 mar. 12]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: CNS; 2012 [citado 2017 fev. 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Mohajjel AA, Hasankhani H, Gharemoammadlu R, Esmaeily M. Relation of patients self-efficacy with control of asthma symptoms. *J Gorgan Uni Med Sci.* 2013;15(2):70-6.
15. Akinbami LJ, Moorman JE, Bailey C, Zahran HS, King M, Johnson CA, et al. Trends in asthma prevalence, health care use, and mortality in the United States 2001-2010. *NCHS Data Brief.* 2012;(94):1-8.
16. Andrews AL, Teufel RJ, Basco Jr WT. Low rates of controller medication initiation and outpatient follow-up after emergency department visits for asthma. *J Pediatr.* 2012;160(2):325-30.
17. Carroll D, Wildhaber J, Brand PLP. Parent misperception of control in childhood/adolescent asthma: the room to breathe survey. *Eur Respir J.* 2012;39(1):90-6.
18. Zhao J, Shen K, Xiang L, Zhang G, Xie M, Bai J. The knowledge, attitudes and practices of parents of children with asthma in 29 cities of china: a multi-center study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2013 [cited 2016 July 14];13:20. Available from: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-20>
19. Lochte L, Nielsen KG, Petersen PE, Platts-Mills TAE. Childhood asthma and physical activity: a systematic review with meta-analysis and Graphic Appraisal Tool for Epidemiology assessment. *BMC Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2016 July 20];16:50. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0571-4>
20. Page TF, Beck-Sague CM, Pinzon-Iregui MC, Cuddihy A, Tyler T, Forno E, et al. Asthma in underserved schoolchildren in Miami, Florida: results of a school- and community-based needs assessment. *J Asthma.* 2013;50(5):480-7.
21. Pinnock H, Parke HL, Panagioti M, Daines L, Pearce G, Epiphaniou E, et al. Systematic meta-review of supported self-management for asthma: a healthcare perspective. *BMC Med* [Internet]. 2017 [cited 2017 July 27];15:64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356253/>
22. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev.* 2012;16(3): 213-22.
23. Harrington H, Prado N, Barry S. Treating asthma patients. *Dental Abstracts* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 8];62(2):91-3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.denabs.2016.07.034>

24. Comaru T, Pitrez PM, Friedrich FO, Silveira VD, Pinto LA. Free asthma medications reduces hospital admissions in Brazil (Free asthma drugs reduces hospitalizations in Brazil). *Respir Med.* 2016;121:21-25.
25. Cohen S, Berkman N, Avital A, Springer C, Kordoba L, Haklai Z, et al. Decline in asthma prevalence and severity in Israel over a 10-year period. *Respiration.* 2015;89(1):27-32.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.