

C208574
R 1389238/01

MPN=308
Nº Ident. 1554

03/05/01

MARIA SONIA MAGALHÃES SANTIAGO

R 2.80

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1389238	
03 / 05 / 2001	

OK

**PERCEPÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE VIVER E SER
SAUDÁVEL DO CLIENTE ASMÁTICO**

1 de 1
1389238
03/05/01
ec. 2

Fortaleza -Ceará
1995

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PERCEPÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE VIVER E SER SAUDÁVEL DO CLIENTE ASMÁTICO

Maria Sonia Magalhães Santiago

Dissertação apresentada à área de
Enfermagem em Saúde Comunitária do
Curso de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará, para
obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Lorita Marlena Freitag Pagliuca

**Fortaleza - Ceará
1995**

S 235p Santiago, Maria Sonia Magalhães.

Percepção da problemática de viver e ser saudável do cliente asmático / Maria Sonia Magalhães Santiago. Fortaleza, 1995.
97 f. 28 cm

Tese (Mestrado - Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará.

1. Asma - Autocuidado. 2. Asma - família. 3. Enfermagem.

CDD 616.238

Aos meus pais, pela dedicação, amor e carinho com que sempre apoiaram as minhas decisões.

A minha filha Ana Eugênia, pelo incentivo e compreensão por tantos momentos cotidianos sacrificados.

Agradeço,

A Deus, por ter me dado vida e por guiar a minha existência.

Aos meus pais, Expedito e Maria, que sempre se mantiveram me apoiando.

A minha filha, Ana Eugênia, pelo carinho e compreensão nesta trajetória.

Ao Paulo Santiago, pela amizade e dedicação no decorrer do curso.

A amiga Ma. Angélica Malveira Diógenes, pela amizade e paciência com que me escutava nos momentos de incerteza.

A amiga Nilza da Costa Teixeira, pela amizade e apoio em todos os momentos.

A amiga Ma. Guiomar Barbosa, pelo carinho com que dividiu preocupações de trabalho nesta trajetória.

Ao amigo Paulo Britto de Castro Figueira, pelo carinho com que sempre partilhou meus momentos de incertezas.

Aos servidores da Emergência do Hospital de Messejana pelo cotidiano compartilhado durante o curso.

A Valéria Góis, Chefe do Ambulatório Modelo de Pneumologia, pela amizade e dedicação com que contribuiu para este estudo, sem ela meu acesso a esta clientela asmática não teria sido possível.

A Márcia Alcântara, por ter acreditado no meu projeto de pesquisa.

As funcionárias Francisca Silva da Costa e Clayds Nascimento da Cunha, pela dedicação durante a coleta de dados.

A amiga Náira Jucá, Diretora da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Walter Cantídio, pela amizade e dedicação com que facilitou meu acesso àquela Instituição.

A Jaqueline Caracas, Chefe do Serviço de Educação Continuada do Hospital Universitário Walter Cantídio, pelo apoio que me foi dedicado.

As colegas mestrandas, pelo convívio nesta trajetória.

A amiga Graziela Teixeira Barroso, que permanece me inspirando profissionalmente.

A Coordenação do Curso de Mestrado e professores, pela atenciosa dedicação durante o curso.

A Lorita Marlena Freitag Pagliuca, minha orientadora, confidente, amiga, por compartilhar comigo o seu saber.

A Lygia Paim Muller, pelo carinho e apoio que me foi dedicado.

A bibliotecária Vania P. Souza pela acolhida carinhosa e revisão bibliográfica.

Aos clientes asmáticos, pela cooperação na realização deste estudo.

A todos aqueles que de forma direta e indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

Obrigado.

Os negócios humanos representam altas como as marés: se aproveitadas na cheia, levam à fortuna; mas, uma vez perdidas, corre a viagem da vida entre baixios e perigos.

Shakespeare

SUMÁRIO

RESUMO	
I INTRODUÇÃO	08
1.1 Problematizando e justificando o estudo	
II OBJETIVANDO O ESTUDO	12
III BUSCANDO A LITERATURA E O REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 Aprendendo sobre asma	
3.2 Ensinando a controlar a asma e refletindo sobre o autocuidado	22
IV PROCEDENDO A METODOLOGIA	32
4.1 Fundamentando a metodologia	33
4.2 Coletando os dados	38
4.3 Estruturando a análise dos dados	40
V CONHECENDO OS RESULTADOS	43
VI REFLETINDO OS RESULTADOS	86
VII CONCLUINDO O ESTUDO	91
SUMMARY	
VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXO	

RESUMO

O tema deste estudo refere-se a percepção da problemática de viver e ser saudável do cliente asmático. Trata-se de um estudo descritivo exploratório em que se realizou observação participante e entrevista semi-estruturada. Teve-se como objetivos conhecer os fatores desencadeantes de asma identificados pelo cliente; identificar os sintomas de asma relatados por clientes ambulatoriais; perceber o conhecimento do cliente asmático sobre sua doença; registrar formas de tratamento utilizados e compreender a dinâmica de ajuda por eles utilizada, bem como suas próprias habilidades de aprender a cuidar-se. Os resultados foram estruturados à partir da análise da frequência quantitativa através da apresentação de quadros, tabelas e gráficos e do ponto de vista qualitativo pela análise de conteúdo de suas falas e da percepção dos clientes que confirmaram nossos objetivos e identificaram desencadeantes de crises, sintomas, uso de tratamento medicamentoso e alternativo, conhecimento sobre a doença e dinâmica de ajuda utilizada por ocasião das crises. No conteúdo de suas falas percebeu-se a importância do conhecimento sobre asma para o controle e prevenção de crises, mas mostrou-se mais significativo o cuidado cultural na utilização de valores, crenças e práticas populares cotidianas dos familiares e a relação de ajuda mútua como forma de buscar saúde e bem-estar. Esta percepção permite inferir a utilização do autocuidado, envolvendo uma repadronização do processo de cuidar, utilizando uma prática educativa na assistência de enfermagem.

I INTRODUÇÃO

1.1 Problematizando e justificando o estudo

O caminho profissional por nós até hoje percorrido, tem nos proporcionado experienciar com clientes situações crônicas de saúde. Essas vivências nos fazem refletir sobre o cotidiano dessas pessoas, incluindo o quadro de sofrimento percebido por eles próprios e por seus familiares.

O interesse pelo cliente portador de doença de tórax se deu a partir da minha aprovação em concurso público e lotação em uma instituição com especialidade em pneumologia e cardiologia. Em experiência anterior já havia trabalhado em fisiologia e solicitamos então trabalhar em uma Unidade Pneumológica. Desde então passamos a cuidar de pessoas portadoras de doenças crônicas respiratórias.

Posteriormente, fomos chamados para chefiar a Unidade de Emergência e a partir daquele momento despertou-nos a curiosidade científica de conhecê-los melhor, diante da problemática que apresentavam ao dar entrada naquele Serviço na busca de minimizar-lhes agravos respiratórios, na condição de terem atingido o limite máximo sintomático da crise, já não mais controlada em seus domicílios.

Sensibilizá-va-nos observar o sofrimento e angústia em que chegavam com a dispnéia intensa, hipocorados, sudoréicos, olhos encovados, tiragem intercostal e batimento de asa de nariz, com um fôlego de desespero para serem socorridos e conseguirem um leito para internação temendo o risco eminente de morte.

Reconhecemos que esses clientes desencadeiam crises agudas por incompetência de se manterem em regulação quanto a demanda de autocuidado por desvios de saúde, até porque passada a crise, cessam a motivação e o empenho do cliente em fazer o tratamento que é

prolongado, e que, como em toda situação crônica de saúde, a doença vem para ficar, no cliente asmático não é diferente.

Nessa situação, recorrem então aos Serviços de Emergência disponíveis para o controle da crise. Como a finalidade desse Serviço é diagnosticar e tratar a situação imediata, ao compensar a crise com medicamentos, esse cliente é orientado para retornar ao seu domicílio e procurar posteriormente o tratamento clínico ambulatorial, não podendo ser esperado um programa sistematizado de Educação e Saúde nesse contexto.

No entanto, mesmo sendo a asma uma doença crônica e se instale para ficar, é possível viver saudável, a partir de um processo de aprendizagem reservado ao cliente e familiares desenvolvendo suas habilidades em potencial para conhecerem, a si próprios, percebendo sua problemática de vida e saúde e regulando as demandas de cuidado relativas a desvios de saúde.

Observando a agonia desses clientes a cada exacerbação de crise, quando buscavam atendimento de emergência, começamos a nos questionar se não haveria uma forma de ajudá-los, contribuir de alguma maneira para minimizar-lhes o sofrimento, ensinar-lhes a controlar os sintomas na tentativa de evitar situações agudas em que só a internação resolve.

Por que chegar a limite máximo de sintomas, se é possível conhecer fatores desencadeantes, usar medicação de controle, mudar hábitos de vida?

Pudemos perceber preliminarmente que muitas dessas pessoas a partir de um imaginário social, perpetuam a idéia do “mal asmático” criando o medo frente a ameaça de morte. Consideram uma catástrofe e encaram com sofrimento e infelicidade o fato de serem portadores de asma. Essa atitude pode congrega ou desagregá-los do seio familiar e do meio social.

O nosso cotidiano profissional nos favorece testemunhar a ansiedade e a busca de socorro desse cliente em meio a uma crise de asma. Ao observá-los fica fácil perceber o enquadramento desses, com demanda de autocuidado por desvio de saúde. São pessoas que necessitam assistência médica, cuidados de enfermagem e aprendizagem para uma vida saudável que associe as condições de estado patológico, medidas de diagnóstico e tratamento, a um desenvolvimento contínuo do indivíduo e que lhe proporcione qualidade de vida.

São pessoas que chegam a se considerar inferiores por serem portadoras do “mal”, não gostam de frequentar lugares públicos por receio de uma crise súbita, que outras pessoas saibam que são asmáticos e às vezes, até mesmo a própria família, pelo estado de intranquilidade em que todos ficam.

Embora seja baixa a mortalidade, por crises asmáticas a morbidade é oscilante com consequências sócio-econômicas alarmantes, pois demanda em milhões de consultas clientes, dias de trabalho perdidos, dias de atividade restrita por ano, além de internações e comprometimento da renda familiar com o custo dos medicamentos.

A assistência de enfermagem aos clientes vem sendo desenvolvida a partir das decisões dos profissionais de saúde, tendo como base os problemas considerados por eles prioritários. O cliente tem ficado alijado ao processo de decisão tornando-se apenas objeto de decisões tomadas, recebendo de forma passiva os cuidados que lhe são destinados. O Enfermeiro inserido neste contexto assume dessa forma a função de sujeito do processo, dirigindo as ações, tanto as suas quanto as do cliente. Para a pessoa do cliente, nem sempre os resultados são os melhores, pelo menos no que diz respeito a seu direito de participação e no caso dos desvios de saúde, a aprendizagem da regulação das demandas de cuidado antes que se instale o ciclo “crise - Emergência - casa”.

II - OBJETIVANDO O ESTUDO

GERAL:

- Conhecer a problemática de viver e ser saudável do cliente com asma e suas possibilidades de autocuidado face aos desvios de saúde.

ESPECÍFICOS:

- Conhecer os fatores desencadeantes de asma identificados pelo cliente;
- Identificar os sintomas de asma relatados por clientes ambulatoriais;
- Perceber o conhecimento do cliente asmático sobre sua doença;
- Registrar formas de tratamento utilizados pelo cliente asmático e
- Compreender a dinâmica de ajuda utilizada pelo cliente asmático, bem como suas próprias habilidades de aprender a cuidar-se.

III - BUSCANDO A LITERATURA E O REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que norteou este estudo está fundamentado na compreensão do estudo da asma e na teoria de OREM apud GEORGE (1993), que estuda um modelo conceitual cujo foco central é o autocuidado.

3.1. Aprendendo sobre asma

A palavra asma é de origem grega e significa ofegante.

A doença, caracteriza-se por dificuldade de respirar ou falta de ar, principalmente durante a expiração. A tensão nervosa provocada pela agonia que o asmático sente, prejudica o trabalho da musculatura respiratória, principalmente do diafragma que é o músculo responsável pelo ritmo respiratório.

É definida como doença crônica inflamatória das vias aéreas cuja morbidade e mortalidade vem tendo um aumento nos últimos anos. Ocorre em indivíduos susceptíveis, tendo as seguintes características: obstrução das vias aéreas reversível espontaneamente ou com tratamento; inflamação das vias aéreas e aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos. Em sua maioria os pacientes expressam os seguintes sintomas: tosse, sibilância e dispnéia.

A asma faz parte do grupo das doenças pulmonares obstrutivas crônicas. O broncoespasmo provoca dificuldade de respirar e sibilo que pode ser associado a um acúmulo de secreção na árvore brônquica. A secreção é viscosa e costuma ficar retida nas paredes dos brônquios, o que contribui para aumentar o desconforto do cliente que não consegue expelir essa secreção. O seu acúmulo, pode provocar infecção e outras complicações respiratórias, colaborando assim para o aumento de crises.

FADDEN apud FISHMAN (1992), acrescenta que a marca de autenticidade da asma é o estreitamento generalizado das vias aéreas, que se altera em severidade de forma espontânea ou como resultado de tratamento.

PALOMBINI et al apud TARANTINO (1990), definem asma como doença crônica que se caracteriza por uma hiper-responsividade traqueobrônquica a diversos estímulos, o que resulta em estreitamento difuso das vias aéreas. O grau de obstrução varia e pode ser reversível de forma espontânea ou através de tratamento em pequenos intervalos de tempo.

Concordam que a doença apresenta três manifestações episódicas, ou seja, sibilância, tosse e dispnéia que podem ocorrer leve e esporadicamente (estar ausentes por dias, meses e até anos), ou “desencadear grave angústia respiratória refratária ao tratamento usual de ambulatório (estado de mal asmático)”.

Para contribuir com a clientela de asmáticos foi necessário estudar a doença, as necessidades dos clientes e buscar uma teoria que pudesse nortear a nossa pretensão. Foi realizado um levantamento bibliográfico específico e enquanto isto, buscamos uma instituição onde funcionava um ambulatório de asma, visto que, enquanto internados por crise, essa situação dificultava o processo educativo, levando-se em consideração as limitações que apresentavam por qualquer tipo de esforço físico que tentassem realizar.

Para não perder de todo este processo fez-se necessário descobrir mais sobre estas pessoas, seus hábitos, suas crenças, carências, penetrar em seu mundo. Passamos então a fazer observações participantes e entrevistas semi estruturadas como forma de concretizar a proposta. Desta forma, foi possível reunir dados que começaram a delinear as características do cotidiano dessas pessoas.

Foi necessário entender porque mesmo reconhecendo o poder médico e se submetendo a um esquema de medicação prescrito, essas pessoas têm uma visão crítica dos efeitos que causam e ainda os alteram ou buscam tratamento alternativo com base em concepções pessoais e/ou familiares, crenças e tradições, em experiências cotidianas de outros, que de maneira informal e empírica dividem o saber médico.

Tornou-se necessário estudar mais detalhadamente a asma, para junto com os mesmos, tentar modificar-lhes a auto-imagem buscando aceitação de si mesmos.

PALOMBINI et al apud TARANTINO (1990), afirmam que a asma brônquica frequentemente começa na infância, sendo a grande maioria antes dos oito anos e em torno de metade antes dos três anos. Afirmam que “embora 30 a 50% das crianças asmáticas tornem-se assintomáticas na puberdade, a remissão espontânea da asma extrínseca é menos provável nos casos de asma crônica grave e naqueles acompanhados de sinusites crônica, polipose nasal e eczema infantil”. Afirmam que quase metade dos casos de asma em adulto tem início na infância, sendo que um terço desses asmáticos têm o diagnóstico estabelecido após os trinta anos e que até a puberdade, o sexo masculino é afetado duas vezes mais que o feminino. De doze a quatorze anos equivalem-se, no adolescente e adulto jovem, há uma reversão e na idade adulta, as mulheres são mais frequentemente afetadas que os homens.

Concordam que apesar das baixas taxas de mortalidade, a morbidez e as consequências sócio econômicas podem ser expressivas quando analisa um tratamento asmático continuado em domicílio, que em termos médios, consome até 20% da renda de uma família.

CAMPOS (1994), considera que a asma não causa apenas sofrimento e morte, mas que acarreta graves prejuízos sociais e financeiros, causando angústia e sofrimento ao cliente e familiares, sendo responsável por elevados gastos com tratamento médico-hospitalar, medicamentos, pensões e benefícios. Informa que no Reino Unido, a asma foi responsável pela

perda de 5,7 milhões de homens/dia de trabalho ou seja 1,6% de todos os homens/dia de trabalho perdidos em 1988, o que representa um gasto de 802 milhões de libras esterlinas. No Brasil não há registro de estudos sobre isso.

O Enfermeiro ao assistir o cliente asmático, deve buscar a identificação de fatores desencadeantes de crises. Alguns, induzem inflamação das vias aéreas (agentes indutores) e outros precipitam obstruções agudas (agentes incitantes), sendo importante seu conhecimento para o manejo da asma.

Os agentes indutores são constituídos pelos alérgenos, sensibilizantes químicos e até agentes farmacológicos e infecções virais. Conseguir evitá-los ou controlá-los pode reduzir sintomas e, a longo prazo, reduzir a inflamação das vias aéreas e a hiper-reatividade.

Os agentes incitantes são os exercícios, o ar frio, vários irritantes e graves emocionais. Os sintomas podem diminuir quando se consegue evitá-los.

Para FADDEN apud FISHMAN (1992), a asma é uma doença crônica episódica por natureza e as exacerbações agudas são interpostas por períodos assintomáticos com duração variável.

Em sua história natural afeta crianças e adultos, pode começar em qualquer idade, embora aproximadamente metade dos indivíduos afetados começam a desenvolver a doença antes dos dez anos e outro terço, antes dos quarenta anos.

De forma típica, as exacerbações agudas tendem a ser episódicas e de curta duração, seguidas de completa recuperação. O cliente pode experimentar algum grau de obstrução diária das vias

aéreas, podendo ser leve, algumas vezes com crises persistentes de obstrução severa que podem durar de dias a semanas caracterizando o estado de mal asmático.

Em sua fisiopatologia, a asma é uma condição multifatorial determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais que leva a uma inflamação crônica das vias aéreas.

Para diagnosticar a asma é preciso saber que os pacientes com asma são heterogêneos, pertencem a todas as faixas etárias (da infância à velhice), apresentam sinais e sintomas que variam de acordo com o grau de gravidade do seu caso e de sua evolução. Fundamentando-se principalmente nos seguintes elementos: história clínica, exame físico e resultados de testes laboratoriais.

A história clínica relata que os sintomas mais frequentes são: tosse, sibilos, respiração curta, opressão no tórax, produção de secreção e ainda as condições que se associam à asma, como a rinite, sinusite, polipose nasal ou dermatite atópica.

O padrão dos sintomas pode ser perene e sazonal ou perene com exacerbações sazonais; contínuos, episódicos ou contínuos com exacerbações agudas; instalação, duração e frequência dos sintomas (dias, semanas ou meses) e variação dia/ noite especialmente com referência a sintomas noturnos.

Os fatores precipitantes ou agravantes provêm de infecções respiratórias virais; exposição a alérgenos ambientais do tipo poeira doméstica, pólenes, fungos, descamação de animais ou secreção como saliva e urina, baratas; exposição a alérgenos ou produtos químicos ocupacionais; mudança de ambiente tais como casa nova, mudanças no local de trabalho (tipo de trabalho, materiais usados), local de férias; exposição a irritantes como fumaça de tabaco, odores fortes e poluentes do ar (ozônio, produtos químicos ocupacionais, vapores, gases, aerossóis, óxido sulfúrico e óxido nítrico); expressões emocionais como raiva, tristeza e

frustração; drogas, entre elas ácido acetilsalicílico (AAS), beta-bloqueadores, antiinflamatórios não esteróides, inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA); aditivos alimentares principalmente os sulfitos; mudanças climáticas, exposição ao ar frio; exercício, choro e excesso de riso e ainda os fatores endócrinos como a menstruação, gravidez e doenças da tireóide.

Quanto aos fatores precipitantes e agravantes, PALOMBINI et al apud TARANTINO (1990), concordam que os alérgenos podem induzir uma broncoconstrição direta ou aumentar a sensibilidade inespecífica das vias aéreas, “podem ser componentes químicos do corpo de certos animais, esporos de fungos (mofos), pólenes, insetos e, ocasionalmente, fármacos e alimentos (estes, principalmente, na primeira infância)”.

Quanto aos irritantes podem ser por inalação de cheiro de tintas, aerossóis, perfumes, produtos químicos, poluentes atmosféricos, fumaça de cigarro, ar frio e ainda por tosse e riso excessivos que podem precipitar ou agravar a crise de asma.

Quanto as condições climáticas concordam que alterações atmosféricas e a poluição intensa podem associar uma eclosão de crise de asma. Além das infecções virais, a sinusite também pode agravar a evolução de asma brônquica.

Os exercícios físicos, correr e andar de bicicleta, agravam o broncoespasmo, percebido através de tosse e falta de ar, ou ambos, sendo influenciada por fatores ambientais (o frio agrava, o ar quente e úmido atenua).

Quanto aos fatores emocionais, aceitam que a sugestão e as contrariedades emocionais possam alterar a resistência ao fluxo aéreo, mas são favoráveis na inocência dos fatores psíquicos como responsáveis por crises.

Quanto aos fatores endocrinológicos, têm crises ocasionalmente agravadas na dependência do ciclo menstrual, uso de anticoncepcionais hormonais e de hipertireoidismo.

O desenvolvimento da doença depende da idade do seu início e a época do diagnóstico, da progressão da doença (se piora ou melhora), da avaliação prévia, do tratamento atual e resposta, inclusive com planos para tratar episódios.

O perfil da exacerbação típica, depende dos sinais e sintomas prodrômicos que são constituídos de prurido na pele da região anterior do pescoço, de sintomas alérgicos nasais; da progressão temporal; do tratamento e resultado usual.

Nas condições de moradia e do local de trabalho é relevante considerar-se: a idade e a localização da casa, bem como as condições de insolação e de umidade; a existência de carpete sobre o piso de concreto ou outro; a existência de umidificador; a atenção especial à descrição do quarto do cliente quanto a cama, travesseiro, revestimento de assoalho e de objetos armazenadores de poeira; a existência de animais em casa; a exposição à fumaça de cigarro, de forma direta ou indireta, em casa; a utilização de creche, de berçário e no local de trabalho verificam-se as condições de insolação e de ventilação.

O impacto da doença no cliente é avaliado de acordo com o número de visitas ao pronto socorro e de hospitalizações; a história de exacerbação aguda implicando em risco de vida, necessitando intubação ou uso de terapia com esteróide oral; o número de faltas a escola ou ao trabalho; o comprometimento das atividades com limitação principalmente da prática de esportes; o relato de despertar noturno e a projeção de efeito no crescimento, no desenvolvimento, no comportamento, no desempenho da escola ou do trabalho e no estilo de vida.

O impacto na família é avaliado pela alteração provocada na dinâmica familiar, nas rotinas ou em restrição de atividades; na repercussão de efeitos nos irmãos e cônjuge; na identificação de impacto econômico. Na história familiar, pesquisa-se doença alérgica na família e verifica-se a existência de asma em parentes próximos.

Na avaliação do conhecimento da doença, verifica-se o conhecimento do cliente, do cônjuge e da família sobre a asma e a crença de cronicidade da doença e da eficácia do tratamento; observa-se a habilidade do cliente, cônjuge e parentes para lidar com a doença; analisa-se o grau de apoio familiar e a capacidade do cliente, cônjuge e parentes para reconhecer a gravidade de uma exacerbação e analisa-se recursos econômicos disponíveis.

Na história clínica geral verifica-se também outros distúrbios alérgicos tais como: rinite crônica, dermatite atópica, sinusite, pólipos nasal, distúrbios gastrintestinais, reações adversas a drogas e alimentos. Em caso de crianças verifica-se a história de comprometimento das vias aéreas no começo da vida. Enquanto em adultos, verifica-se a história de tabagismo passivo ou ativo e outras doenças tais como diabetes, hipertensão arterial, úlcera gástrica, tuberculose entre outras e ainda uma revisão detalhada dos sintomas.

No exame físico completo consideram-se achados relevantes a presença de rinite e/ ou sinusite, e os pólipos nasais. A hiperinsuflação dos pulmões é evidenciada pelo uso da musculatura acessória, que em particular em crianças, resulta no aparecimento de ombros encurvados e de “peito de pombo”.

Deve-se observar no exame físico a característica dos ruídos respiratórios como a sibilância, que é um ruído respiratório característico da asma, embora não seja indicativo confiável de grau de gravidade da doença; o murmúrio vesicular na asma sintomática com intensidade do tipo reduzido e uma expiração forçada prolongada típica de obstrução de vias aéreas.

O impacto na família é avaliado pela alteração provocada na dinâmica familiar, nas rotinas ou em restrição de atividades; na repercussão de efeitos nos irmãos e cônjuge; na identificação de impacto econômico. Na história familiar, pesquisa-se doença alérgica na família e verifica-se a existência de asma em parentes próximos.

Na avaliação do conhecimento da doença, verifica-se o conhecimento do cliente, do cônjuge e da família sobre a asma e a crença de cronicidade da doença e da eficácia do tratamento; observa-se a habilidade do cliente, cônjuge e parentes para lidar com a doença; analisa-se o grau de apoio familiar e a capacidade do cliente, cônjuge e parentes para reconhecer a gravidade de uma exacerbação e analisa-se recursos econômicos disponíveis.

Na história clínica geral verifica-se também outros distúrbios alérgicos tais como: rinite crônica, dermatite atópica, sinusite, pólipos nasal, distúrbios gastrintestinais, reações adversas a drogas e alimentos. Em caso de crianças verifica-se a história de comprometimento das vias aéreas no começo da vida. Enquanto em adultos, verifica-se a história de tabagismo passivo ou ativo e outras doenças tais como diabetes, hipertensão arterial, úlcera gástrica, tuberculose entre outras e ainda uma revisão detalhada dos sintomas.

No exame físico completo consideram-se achados relevantes a presença de rinite e/ ou sinusite, e os pólipos nasais. A hiperinsuflação dos pulmões é evidenciada pelo uso da musculatura acessória, que em particular em crianças, resulta no aparecimento de ombros encurvados e de “peito de pombo”.

Deve-se observar no exame físico a característica dos ruídos respiratórios como a sibilância, que é um ruído respiratório característico da asma, embora não seja indicativo confiável de grau de gravidade da doença; o murmúrio vesicular na asma sintomática com intensidade do tipo reduzido e uma expiração forçada prolongada típica de obstrução de vias aéreas.

Os testes laboratoriais não podem ser padronizados para todos os clientes, havendo assim a necessidade de seleção individual dos procedimentos diagnósticos com atenção cuidadosa à história e ao exame físico. O diagnóstico da asma fica confirmado com a presença de obstrução de fluxo aéreo, que melhora ou desaparece após administração de broncodilatador.

A asma se classifica quanto a intensidade em leve, moderada e grave. A asma leve caracteriza-se por episódios intermitentes de curta duração (até dois por semana), episódios de asma noturna (até dois por mês) e assintomático entre as exacerbações.

A moderada por episódios acima de dois por semana, episódios de asma noturna acima de dois por mês e episódios necessitando inalação quase que diariamente. A grave é marcada por episódios frequentes, sintomas contínuos, sintomas frequentes de asma noturna, atividades físicas limitadas pela asma, hospitalização por asma nos últimos doze meses e exacerbação prévia com risco de vida.

Esta classificação não é rígida, podendo haver variação e justaposição em suas características, além de poder mudar no decorrer do tempo.

Conversando com o cliente asmático, ouvindo sua história clínica, seus temores, anseios, dúvidas, percebemos que, embora em sua maioria sejam portadores de asma desde a infância, pouco sabem sobre sua própria doença, efeitos do não cumprimento da prescrição da medicação e dos fatores desencadeantes de crises.

São pessoas, em sua maioria, tímidas e inseguras, que não aprenderam a conhecer seu próprio organismo, a estudar reações, a identificar situações que poderão desencadear crises. Angustiam-se apenas quando percebem os sintomas se instalando e aí relatam o pânico da morte.

Percebemos que poderíamos contribuir com seu tratamento proporcionando-lhes ensinamento de como controlar a asma, de acordo com os cinco métodos de ajuda identificados por OREM apud GEORGE (1993).

3.2. Ensinando a controlar a asma e refletindo sobre o autocuidado

O padrão clínico da asma pode ser delineado com crises de fraca intensidade, repetidas ou diárias nos meses de inverno, aparecendo predominantemente a noite, com relação de causa e efeito com os fatores desencadeantes. Diante disto, consideramos importante que este cliente tenha um conhecimento genérico do que é a doença, seus sintomas, identificação de desencadeantes, medicação de controle, para que possa autocuidar-se em seu cotidiano prevenindo exacerbação de crises.

O controle dos fatores desencadeantes incluem a poluição extradomiciliar (acúmulo de substâncias tóxicas na atmosfera, que prejudicam ao homem, animais e plantas) através da poluição do ar, bem como a intradomiciliar principalmente pela queima de tabaco que provoca uma complexa mistura de gases e vapores (ressalte-se aqui os fumantes passivos).

Quanto aos alérgenos intradomiciliares há uma grande variedade encontrada nos ambientes humanos: ácaros domésticos, pássaros, animais de pêlo, fungos, pólenes, insetos e bactérias.

Ao enfermeiro compete orientar ao cliente asmático a importância de remover e limpar objetos mofados, ventilar a casa e controlar um baixo nível de umidade; evitar o convívio com animais de pêlo; controlar com pesticidas específicos a proliferação de baratas, revestir colchão e travesseiro, lavar roupa de cama semanalmente, não usar estofados recoberto de tecido, bem

como carpetes no dormitório, preferindo piso liso, sintético, por facilitar a limpeza com pano úmido.

O tratamento da asma, por ser uma doença das vias aéreas, tem como objetivo o controle dos sintomas, a prevenção de exacerbações agudas, a manutenção de provas de função pulmonar próxima da normalidade, permitindo atividades físicas normais, sendo importante a prevenção de efeitos colaterais da medicação, o desenvolvimento de obstrução irreversível das vias aéreas e a mortalidade por asma. Tem tratamento preferencial por via inalatória e ainda utiliza-se terapêutica por via oral ou sistêmica.

PALOMBINI et al apud TARANTINO (1990), concordam que a asma grave contribui para três tipos de risco: o de óbito, no decorrer de crises; a ocorrência de obstrução irreversível de vias aéreas e os paraefeitos do uso de corticoterapia. O tratamento contribui para proteger o asmático contra estes riscos e proporcionar alívio da dispnéia e de outras manifestações, tornando-o reabilitado do ponto de vista psicológico e profissional.

O cliente portador de asma moderada, moderadamente grave e grave deve ser conscientizado da cronicidade da doença e dissuadido de suspender ou realizar ajustes em sua própria medicação em caso de melhora, pois a asma não deve ser tratada apenas sintomaticamente.

É importante também um grande empenho para que haja identificação de fatores precipitantes e orientação de como evitá-los. Nesta fase, torna-se importante o ensino do autocuidado a estes clientes e familiares, para que juntos, busquem a viabilização de cuidados que resultem no manejo da asma e em melhoria da qualidade de vida dos mesmos, para o que buscamos apoio na teoria de OREM apud GEORGE (1993).

Desde 1958, OREM estuda um modelo conceitual no qual o foco central é o autocuidado. Segundo a Autora, os seres humanos se distinguem dos outros seres vivos pelas suas

capacidades de refletir sobre si mesmos e seus ambientes; simbolizar o que experienciam; usar criações simbólicas (idéias, palavras) em pensamentos, comunicações e fazer coisas que são benéficas para si e para os outros.

Em 1971, na primeira edição de seu livro “Nursing : Concepts of Practice”, OREM apud DUPAS (1994), explica que:

“a sociedade atualmente expressa que o adulto seja auto-confiante, responsável por si mesmo e pelo bem estar de seus dependentes e que a maioria dos grupos sociais aceita que pessoas desamparadas, doentes, idosas, em dificuldades ou por outro lado, impedidas de fazer alguma coisa, deveriam ser ajudadas em suas necessidades para ganhar ou obter responsabilidades dentro das capacidades já existentes. Neste caso, a auto-ajuda e a ajuda aos outros são avaliadas pela sociedade como atividades desejadas”.

Segundo LEVIN apud DUPAS(1994), existe uma diferença fundamental entre “educação do paciente” e “ educação para o autocuidado”, percebidas em seus próprios termos. Educar um paciente é atribuir um único papel social ao aprendiz, que é de pessoa sob cuidados de outra. É um modelo educacional que focaliza apenas o que o profissional pensa, enquanto a educação para o autocuidado é determinada pelo próprio aprendiz. As habilidades leigas para lidar com o continuum saúde-doença enfatizam o autocuidado.

Os conceitos de LEVIN(1978) são harmonizados com os de OREM apud DUPAS (1994), quando esta afirma: “a enfermeira deve estimular, aproveitar e desenvolver o potencial da pessoa, família e comunidade para o autocuidado, e que a enfermeira tem um papel importante quando ocorre déficit no autocuidado; ela presta assistência a fim de suprir a demanda do autocuidado terapêutico”.

Utilizamos neste estudo a descrição de conceitos utilizados por OREM apud DUPAS (1994): Sobre enfermagem considera ser “ a direta assistência à pessoa, quando a mesma se encontra inabilitada para seu auto-cuidado”. Pode ser solicitada por pessoas de qualquer faixa etária e as

solicitações modificadas e eventualmente eliminadas à partir de progresso favorável no estado de saúde do indivíduo, ou quando este aprende a ser autodirecionado em autocuidado diário.

Considera homem como “um organismo psico-físico-social com poder racional. Na sua existência como ser biológico, responde como objeto e organismo no meio. Como ser racional o homem simboliza e formula proposições sobre: ações, interesses próprios, dos outros e do meio”.

Sobre autocuidado diz ser:

“a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente, em favor de si mesmos, na manutenção da vida, saúde e bem estar, que está diretamente relacionada com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas do próprio indivíduo ou de seus agentes”.

Chama de agente o termo usado no sentido da pessoa que age, que toma a ação. Quanto a ação deliberada diz serem “ações simples, consecutivas e organizadas; individualmente ou conjuntamente coordenadas para atingir metas específicas”.

O objeto “é tudo aquilo ou aqueles a quem a ação é direcionada pelos agentes da ação. É usado nos sentidos filosófico e científico como o que é estudado, absorvido, e a quem a ação é dirigida para obter-se informações ou para trazer à tona alguma condição nova”. Para a Autora é o “estado de totalidade ou integridade do ser humano individual, suas partes e seus modos de funcionamento”.

A demanda terapêutica de autocuidado desenvolvimental é representado pelas necessidades surgidas durante determinados estágios do desenvolvimento humano ou necessidades

associadas a uma determinada condição, ou a um acontecimento dentro do ciclo vital dos indivíduos.

O autocuidado terapêutico é a prática de autocuidado simples visando atingir resultados de: “assistência aos processos de vida e promoção do funcionamento normal do organismo; manutenção do crescimento normal, desenvolvimento e manutenção; prevenção, controle ou cura dos processos de doenças ou ferimento; prevenção ou compensação para impotência”.

Quanto ao déficit do autocuidado é a relação entre a competência para o autocuidado e demanda de autocuidado terapêutico, onde a primeira não está adequada para atender a segunda.

Sobre sistema de enfermagem são: “todas as ações e interações desenvolvidas pela enfermeira e cliente, necessárias ao atendimento da demanda terapêutica de autocuidado dos indivíduos em uma situação específica de enfermagem”.

O autocuidado universal é solicitado no ciclo de vida de todos os indivíduos em relação a todas as suas necessidades básicas. Os componentes se dividem em cinco sub categorias, que variam com a idade, atividade, estado de saúde e fatores ambientais, da seguinte forma: o ar, a água e o alimento são recursos vitais para a continuidade da vida, crescimento e desenvolvimento, reparo dos tecidos do corpo e para o funcionamento humano integrado. Nas eliminações são incluídas: a urina, a transpiração, as excreções do aparelho respiratório, as fezes, o fluxo menstrual e o líquido seminal.

Na atividade, ficam principalmente a ação física e intelectual. O repouso é o processo associado ao descanso e restauração do funcionamento normal após atividade desgastante. A solidão e a interação social são os recursos essenciais que devem ser providos de qualidade e equilíbrio de experiências para que permitam desenvolver capacidades individuais para interação social, estimulem o desenvolvimento e o ajuste contínuo e previnam danos na

personalidade. No risco de vida e bem estar, é necessário auto controle, bem como controle das condições ambientais, assistência especializada para prevenção e proteção de riscos de vida e manutenção e recuperação do bem estar.

Em relação ao autocuidado nos desvios de saúde, sabemos que estes desvios provocam sensações de enfermidade e de impotência para o funcionamento normal do organismo. As necessidades de manutenção da vida quando ocorre mudança no estado de saúde traz dependência total ou parcial, fazendo assim com que haja uma mudança de posição da pessoa como agente do autocuidado para paciente ou receptor de cuidado.

GEORGE (1993) considera requisitos para o autocuidado por desvio de saúde: Buscar e garantir assistência médica adequada; conscientizar e atender os efeitos e os resultados de condições e de estados patológicos; executar medidas efetivas prescritas pelo médico; conscientizar e atender, ou regular os efeitos desagradáveis ou maléficos de prescrições médicas; modificar auto-imagem buscando aceitação de si mesmo por estar num estado especial de saúde com necessidade de cuidados específicos de saúde e aprender a viver associando os efeitos de condições de estados patológicos e efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médicos a uma forma de vida que proporcione um desenvolvimento contínuo do indivíduo.

Para OREM apud GEORGE (1993), existem cinco métodos de ajuda :

“ Agir ou fazer para o outro. Guiar o outro. Apoiar o outro (física ou psicologicamente). Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação. Ensinar o outro”.

A Autora identifica ainda cinco áreas de atividade para a prática de enfermagem, assim relacionadas: iniciar e manter as relações enfermeiro-paciente, com as pessoas, famílias ou grupos, até que os pacientes possam ser dispensados da enfermagem; determinar a possibilidade e a maneira de como os pacientes podem ser ajudados pela enfermagem; responder às solicitações, desejos e necessidades dos pacientes, de contato e ajuda dos profissionais de enfermagem; prescrever, oferecer e proporcionar ajuda direta a pacientes e aos

seus, sob a forma de serviços de enfermagem e coordenar e integrar serviços de enfermagem com a vida cotidiana do paciente com os outros cuidados de saúde e com outros serviços de caráter social ou educativo, necessários ou sendo recebidos.

Em sua teoria OREM apud GEORGE (1993), discute os quatro conceitos principais ou paradigmas da profissão a saber: o ser humano, a saúde, a sociedade e a enfermagem.

Os seres humanos diferem das outras coisas vivas pela capacidade de refletir sobre si mesmos e seu ambiente, de simbolizar o que vivenciam, usar idéias e palavras no pensamento, na comunicação e no direcionamento de realizações que tragam benefícios para si e para os outros.

Sobre saúde, apóia a definição da Organização Mundial de Saúde e declara que “os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo” (GEORGE, 1993).

Apresenta também a saúde como base no conceito de cuidados preventivos de saúde, incluindo a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença e a prevenção de complicações. Diz que na sociedade moderna, deseja-se que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis sobre si mesmos e pelo bem estar de seus dependentes.

Define enfermagem como “serviço humano... um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado”. Enfermagem é ação voluntária... uma função da inteligência prática dos enfermeiros,... de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes... A enfermagem difere de outros serviços humanos... pela maneira como ela focaliza os seres humanos”(GEORGE, 1993).

A assistência de enfermagem fica embasada na premissa de autocuidado, que a partir de OREM apud NORONHA (1986), tem como básico “ a crença de que o homem tem habilidades inatas para cuidar de si mesmo, e que se pode beneficiar com o cuidado da equipe de saúde quando apresenta limitações decorrentes da falta de saúde. Sendo o autocuidado uma forma de despaternalizar a assistência, tornando-a participativa”.

À equipe de saúde, cabe o papel de desenvolver as habilidades de autocuidado nos clientes, proporcionando-lhes o direito de decidir sobre a mudança de comportamento. Esta atitude é extremamente difícil, pois aprendemos que somos responsáveis pelo “cuidar”.

As vantagens do autocuidado têm maior relevância na otimização da relação custo/ benefício, que é alcançada por maior independência do cliente e diminuição do número de reinternações (LUCE, et al 1990).

A pessoa humana possui um potencial de capacidade participativa, que, quando estimulado, faz desenvolver uma consciência crítica. Essa consciência ativada faz com que a pessoa se comprometa, passando a transformá-la e tornando-a mais humana (FALS BORDA et al 1986).

Os princípios da teoria do autocuidado são universais, podendo ser aplicados em qualquer situação e para todos os clientes, podendo haver aparentemente impedimentos à sua prática, quando um problema sério de saúde for escondido do cliente, por ser uma doença estigmatizante, o que o marginaliza de sua própria realidade.

É fundamental que a pessoa esteja mobilizada a utilizar sua própria consciência crítica para que possa decidir sobre sua saúde e se cuidar. Mesmo a pessoa sem o domínio formalizado do conhecimento (saber ler e escrever) tem capacidade de pensar e decidir, tendo poder de participar do seu próprio processo de saúde. O trabalho a ser realizado “com” o cliente é diferente do trabalho a ser realizado “para” o cliente.

No autocuidado, o importante é a decisão, e a princípio, toda pessoa lúcida tem condições de decidir e raciocinar sobre seu corpo, seus interesses, seu bem estar e o da coletividade. O autocuidado não é uma atividade individualista enfermeiro/cliente mas, engloba uma visão coletiva. A utilização desta teoria significa mais que uma transposição de ensinamentos técnicos do profissional para o cliente, mas o reconhecimento das características culturais da população envolvida, implicando em adaptações, esforços, acertos e erros (NORONHA, 1986).

JADZINSKY e PERRASE apud LUCE et al (1990), que afirmam que a educação para o autocuidado, visa mudanças de atitudes do diabético em relação a identificação de seus temores e ansiedades, a aquisição de hábitos e a aprendizagem de habilidades. O trabalho foi realizado à partir do momento em que o cliente apresentou condições metabólicas e emocionais de participar das sessões de orientação, que foram realizadas individualmente e em grupo. Durante o processo as Autoras consideraram a família e/ou comunidades como participantes efetivas. Realizaram visitas domiciliares durante a hospitalização dos clientes para conhecerem as condições ambientais e familiares que afetavam o preparo para o autocuidado após a alta. Ambulatorialmente o retorno era aprazado para a equipe (médico, enfermeiro, nutricionista) para avaliação e ênfase dos pontos críticos do autocuidado, e ainda, para criação de condições para resolução de novos problemas surgidos.

O cliente diabético, bem como o asmático, necessitam de um processo educativo para o autocuidado visando o conhecimento da doença, recursos utilizados para o tratamento e controle da doença, e ainda, o desenvolvimento de um estilo de vida que não interfira no convívio com familiares e comunidade.

NORONHA (1986), ao utilizar o autocuidado em seu estudo com clientes portadores de câncer, demonstrou não ser uma prática individualista nem exclusiva do profissional ou do

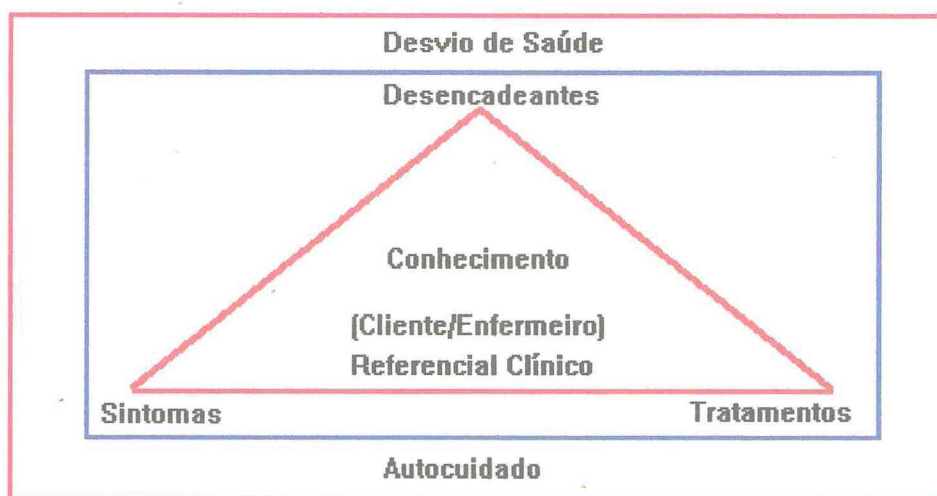
cliente, mas uma interação entre pessoas, envolvendo diversos profissionais, a família e a coletividade.

Estes estudos com clientela apresentando problemas no continuum saúde-doença originários de diferentes patologias demonstram a abrangência da teoria do autocuidado que tem o enfoque na demanda de cuidado e não na doença.

O referencial teórico deste estudo convergiu para o autocuidado em situação de desvio de saúde, especificamente da asma e suas crises. Para isto buscou-se o conhecimento da clínica da asma, saber este que deve ser do domínio do enfermeiro e do cliente para que juntos possam construir o modelo de intervenção que resulte no autocuidado.

O infograma demonstra o entrecruzamento do referencial clínico com o do autocuidado. O epicentro do gráfico coloca o conhecimento sobre asma do cliente e do enfermeiro nos aspectos dos desencadeantes, sintomas e tratamentos como condição essencial para a assistência de enfermagem. Esta situação configura-se como Desvio de Saúde que abordamos como demanda de autocuidado.

Referencial Teórico da Clínica da Asma e do Autocuidado em Desvio de Saúde



IV - PROCEDENDO A METODOLOGIA

Em uma primeira fase, realizamos observações participantes em asmáticos internados, em uma emergência de um hospital público especializado em doenças de tórax, momento este não adequado para a realização de entrevista devido ao quadro de dispnéia intensa em que chegavam e verificamos que ao terem a crise aguda superada, recebiam alta com prescrição e a orientação de procurar um ambulatório.

Esta Instituição através do Serviço Social, realiza doação do aparelho de aerossol e distribuição de cesta básica (subsidiada pela doação voluntária de vale refeição/ alimentação de seus servidores), para os asmáticos de menor poder aquisitivo. Nesta fase, limitávamo-nos ao ensino do preparo do aerossol com a recomendação da observação rigorosa à dose prescrita para prevenir reações adversas.

Realizar uma pesquisa onde lidamos com uma clientela asmática, provocaram-nos muitas dúvidas e preocupações em torno da literatura que fundamentasse nossa investigação científica e ajudásse-nos a identificar a metodologia mais adequada para o que pretendíamos estudar.

Optamos por um estudo exploratório que nos permitisse ao investigar, aumentar nossa experiência sobre o problema que estávamos estudando. Partimos da hipótese de que poderia conhecer a problemática de viver e ser saudável do cliente asmático à partir de suas próprias informações, o que nos aprofundaria em uma realidade específica, buscando mais conhecimento para planejar uma pesquisa descritiva.

4.1. Fundamentando a metodologia

Para TRIVINOS (1994) “o pesquisador planeja um estudo exploratório para encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja”. Para o Autor, o estudo descritivo exige do pesquisador uma série de informações a respeito do que deseja pesquisar e “pretende descrever **com exatidão** os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Afirma ainda que “a análise qualitativa, pode ter apoio quantitativo, mas geralmente se omite a análise estatística ou o seu emprego não é sofisticado”. E que, “o objeto, além da qualidade, tem a quantidade. Conhecer a quantidade de um objeto significa avançar no conhecimento do objeto”.

AFANÁSSIEV apud TRIVINOS (1994), afirma que a quantidade caracteriza:

“o objeto sob o ponto de vista do grau de desenvolvimento ou de intensidade das propriedades que lhe são inerentes, assim como sob o ponto de vista das suas dimensões, o peso e o volume. Têm expressão numérica as dimensões, o peso e o volume dos objetos, a intensidade das cores que lhes são próprias e dos sons que produzem etc. A quantidade é expressa por um número. O quantitativo é característico dos fenômenos sociais também”.

Para TRIVINOS (1994), a quantidade e a qualidade estão unidas. Embora, diferenças notáveis possam ser observadas. Inicialmente, mudar simplesmente a quantidade não muda a qualidade de um objeto, ou de determinada propriedade que não seja essencial. Afirma que “a mudança de qualidade depende, em determinado momento, da mudança de quantidade”. Para concretização desta dependência é preciso romper certos limites de mudanças quantitativas.

Diz ainda que “a passagem das mudanças quantitativas às qualitativas é uma lei geral do desenvolvimento do mundo material”. “Mas as mudanças qualitativas, por sua vez, produzem

mudanças quantitativas”. Conclui afirmando que mudanças quantitativas e qualitativas são ligadas entre si e são interdependentes.

LAZARSELD apud HAGUETTE (1987), identifica três situações onde se utiliza indicadores qualitativos:

“a) situações nas quais a evidência qualitativa substitui a simples informação estatística relacionada a épocas passadas; b) situações nas quais a evidência qualitativa é usada para captar dados psicológicos que são reprimidos ou não facilmente articulados como atitudes, motivos, pressupostos, quadros de referência etc.; c) situações nas quais simples observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento complexo de estruturas e organizações complexas que são difíceis de submeter à observação direta”.

BOGDAN, et al apud TRIVINOS (1994), entendem a pesquisa qualitativa como uma “expressão genérica”. Compreendendo-se portanto que as atividades de investigação podem ser denominadas específicas. E, de outra forma, que podem ser caracterizadas por traços comuns. Esta idéia é fundamental para ajudar um pesquisador a ter uma visão mais clara do que pode chegar a atingir, tendo como objetivo a interpretação da realidade do ponto de vista qualitativo.

A pesquisa qualitativa teve primeiro suas raízes nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos e em seguida pelos sociólogos em estudos sobre a vida em comunidades. Posteriormente na investigação educacional.

O mesmo autor, indica as seguintes características para a pesquisa qualitativa:

“A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. A pesquisa qualitativa é descritiva. Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto. Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente. O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa”.

Entendemos que o processo de pesquisa qualitativa não dispõe de visões isoladas, mas que se desenvolve numa interação dinâmica, retroalimentando-se e reformulando-se constantemente, de forma que em um dado momento, a coleta de dados passa a ser análise de dados, para em seguida tornar-se veículo de uma nova busca de informações.

Para melhor entendimento do Método de Análise recorreremos a BARDIN (1979) e a BARDIN apud TRIVINOS (1994), que define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) das mensagens”.

BARDIN, (1979), descreve a história da análise de conteúdo “como marca do desenvolvimento de um instrumento de análise de comunicações, seguindo passo a passo o crescimento quantitativo e a diversificação qualitativa de estudos empíricos com apoio na utilização de técnicas classificadas sob a designação genérica de análise de conteúdo”.

Para BERELSON apud BARDIN (1979), “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

GEORGE apud BARDIN (1979), afirma que “na análise quantitativa, o que serve de informação é a **frequência** com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a **presença** ou a **ausência** de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração”.

Segundo BARDIN (1979), a análise de conteúdo de mensagens tem duas funções, que na prática podem ou não dissociar-se: seria “uma função heurística, onde a análise de conteúdo

enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à descoberta”. É a análise de conteúdo **para ver o que dá** ; e uma função de “administração da prova” onde “hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servindo de diretrizes, apelarão para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação. É a análise de conteúdo **para servir de prova**”.

O Autor continua afirmando que a análise de conteúdo é um método empírico que depende do tipo de “fala” a que se dedica e tipo de interpretação que pretende como objetivo. Não há o “pronto-a-vestir” em análise de conteúdo, mas algumas regras básicas, às vezes dificilmente transponíveis. Que a técnica de análise de conteúdo mais adequada ao domínio e aos objetivos pretendidos deve ser reinventada a todo momento, com exceção do uso simples e generalizado, no caso do escrutínio da descodificação e das respostas as perguntas abertas dos questionários em que o conteúdo é avaliado de forma rápida por temas. Afirma que “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”.

HENRY et al apud BARDIN (1979), afirmam que “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

Para BARDIN (1979), a descrição analítica tem funcionado a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo de mensagens. Seria o tratamento da informação contida nas mensagens. A análise de conteúdo pode ser análise de “significados” (análise temática), ou também uma análise de “significantes” (análise léxica, e dos procedimentos).

BERELSON apud BARDIN (1979), deu uma definição há cerca de vinte anos atrás que continua sendo o ponto de partida para principiantes que diz: “uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”.

BARDIN (1979), evidencia a finalidade de forma implícita ou explícita da análise de conteúdo como:

“inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”. E resume definitivamente o termo análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

O Autor lembra a necessidade da análise documental por parte do observador como forma de atingir o armazenamento com o máximo de informações (aspecto quantitativo) e com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo), constituindo-se um serviço de documentação que “permite passar de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representação do primeiro)”. E continua lembrando ainda, a necessidade da realização da operação intelectual que nada mais é do que o recorte das informações, a organização em categorias por um critério de analogia, representação condensada por indexação, idêntica à fase de tratamento das mensagens da análise de conteúdo.

Lembra que, o que marcava a especificidade deste tipo de análise, na primeira metade do século XX, era o rigor, a quantificação. Posteriormente, passou-se a compreender que “a característica da análise de conteúdo é a inferência, quer as modalidades de inferência se baseiem ou não, em indicadores quantitativos”. Segundo o Autor, “na análise quantitativa, as inferências finais são, no entanto, efetuadas a partir do material reconstruído”.

Tendo em vista que este estudo descritivo exploratório, apoia-se no saber clínico e no saber do autocuidado, para utilizar análise de conteúdo conforme colocado pela literatura, passamos a reconstrução das falas dos clientes asmáticos, à partir dos dados em bruto e quantificamos a aparição dos componentes das mensagens em identificação de desencadeantes, sintomas, conhecimento da doença, tratamento medicamentoso e alternativo e a relação de cuidado e ajuda ao cliente asmático. Conseguimos abstrair das falas dos clientes o que consideramos de mais significativo para análise neste estudo.

4.2. Coletando os dados

Este estudo foi realizado no Ambulatório Modelo de Pneumologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, criado no início deste ano para atender a demanda de clientes asmáticos que necessitam de controle ambulatorial, em que são atendidos por estudantes de medicina com a supervisão de preceptores durante o período letivo e por estes, após o término das disciplinas. Sendo desta forma garantida a continuidade do atendimento a esta clientela e o fornecimento de medicação pela farmácia do próprio hospital com medicação fornecida pela Central de Medicamentos (CEME) ou através de amostras fornecidas pelos laboratórios da indústria farmacêutica e controlada distribuição pela equipe médica que trabalha no Ambulatório, medicação esta conseguida através de empenho e esforço pessoal da Coordenadora do Serviço.

O Ambulatório dispõe de quatro salas contíguas onde são realizadas as consultas médicas, os testes alérgicos e de espirometria; as reuniões de planejamento e avaliação da equipe, havendo também aparelho de fax e equipamento de computação com impressora para uso exclusivo dos que ali trabalham.

A equipe de trabalho é composta de médicos e duas auxiliares de enfermagem, mas por ocasião do encerramento da nossa coleta de dados no mês de julho havia sido destinada uma enfermeira para treinamento para posteriormente integrar esta equipe.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 1995, em dois dias da semana (a segunda e a sexta feira), por ser o atendimento de rotina dos clientes portadores de asma.

No Ambulatório, por ocasião da consulta médica ficávamos realizando observação participante, como forma de já captarmos dados a respeito de cada um, buscando o conhecimento prévio de

como se encontravam clinicamente, para daí concluirmos se teriam condições clínicas de responder nosso instrumento de entrevista.

Após a consulta, realizávamos a entrevista no próprio local do atendimento, para não deslocá-los de lugar, visando evitar constrangimento por tratarem-se de pessoas que não gostam de se expor aos outros, por serem portadoras do “mal”.

A população alvo foi composta por clientes portadores de asma, na idade adolescente e adulta, de baixo nível sócio-econômico, de ambos os sexos, sem sintoma de dispnéia, para que pudessem responder as perguntas da entrevista.

A amostra foi constituída por trinta clientes, sendo seis do sexo masculino e vinte quatro do sexo feminino, atendidos no período já mencionado, à proporção que procuravam o Serviço, sendo que todos os clientes que passaram pela consulta médica, estando ou não em controle ambulatorial (cliente de primeira consulta) e que estavam sem dispnéia, portanto em condições de responder a entrevista, foram por nós abordados.

Estes clientes foram previamente consultados se concordavam em responder as perguntas, após nossa identificação pessoal. A entrevista foi constituída de perguntas semi-estruturadas, o que possibilitou o contato direto com o entrevistado, que segundo MINAYO (1992), possibilita ainda que este fale sobre o tema proposto sem condições pré estabelecidas pelo pesquisador.

Suas respostas foram ouvidas e anotadas enquanto permanecíamos atentos para novas evidências e inferências que porventura fossem por eles manifestadas. Acreditamos que este procedimento foi mais adequado, para que no conteúdo das falas, conseguíssemos o que pretendíamos.

O instrumento para entrevista dos clientes (ANEXO), foi composto de duas etapas:

1. A caracterização da população, constando de nome, sexo, idade, escolaridade, atividade profissional e endereço.
2. As perguntas que nortearam a entrevista buscavam informações sobre os sintomas, os desencadeantes de crises, o conhecimento sobre a doença, a identificação de tratamento alternativo, relação de ajuda com os familiares e durante a crise de asma.

A entrevista foi realizada pela própria pesquisadora, buscando todas as informações que considerava necessárias através do seu próprio instrumento. Não considerou-se registros feitos no prontuário por ocasião da realização da consulta médica, porque estes são escritos por alunos do quarto ano de medicina, que estão iniciando o seu aprendizado neste tipo de atividade. Verificou-se que eram anotações sucintas realizadas ainda sem o despertar da curiosidade científica, recebendo a supervisão de preceptores para solicitação de exames e prescrição da medicação e ainda, por ser uma clientela que não recebe atendimento por parte da enfermeira da Unidade, acredito que, por falta de recursos humanos disponíveis.

4.3. Estruturando a análise dos dados

Para perceber a problemática de viver e ser saudável do cliente asmático, tornou-se necessário reunir dados à partir de suas falas, que caracterizassem os aspectos biológico e social, e ainda, a forma como se cuidam durante as crises.

A análise dos dados, centrada na Análise de Conteúdo proposta por BARDIN (1979), a partir da documentação armazenada das entrevistas realizadas, seguiu os três pólos cronológicos das diferentes fases da análise de conteúdo.

Na pré-análise procedemos à organização não estrutural do material coletado (dados primários), compondo um grande quadro contendo todas as falas dos entrevistados.

A exploração do material, fase propriamente dita da análise, constou das etapas de codificação e enumeração, compreendendo a exploração do conteúdo das falas, para que pudéssemos quantificar os resultados significativos, válidos em operações estatísticas simples, estabelecendo quadros, tabelas e gráficos.

A análise quantitativa e categorial, a organização da codificação compreendeu três fases: o recorte, que é a escolha das unidades; a enumeração, que é a escolha das regras de contagem e por último, a classificação e a agregação, que é a escolha das categorias BARDIN (1979).

Nos aspectos biológicos, procuramos agrupar o que foi citado em relação aos fatores desencadeantes, em alérgenos e não alérgenos. Em relação aos sintomas, agrupamos em bronco-constricção e inflamação, e em outros, os que foram mencionados sem qualquer relação com a patologia estudada. Abordamos ainda se possuíam ou não conhecimento sobre asma.

Nos aspectos sociais, as falas convergiram à participação da família e outros no tratamento por ocasião das crises, às limitações para o trabalho e à dificuldades financeiras provocadas ou não pela existência da patologia.

Para analisar a forma como se cuidam, indagamos sobre o tipo de tratamento por eles utilizados, se medicamentoso e/ou alternativo, onde agrupamos as drogas em broncodilatadoras, anti-inflamatórias, anti-alérgicas, imunoterápicas e outras, e ainda, os lambedores e os chás, entre outras formas.

A relação de ajuda, ficou caracterizada pela referência deles próprios de quem lhes presta ajuda, como esta ajuda é manifestada e de como se cuidam em suas várias necessidades.

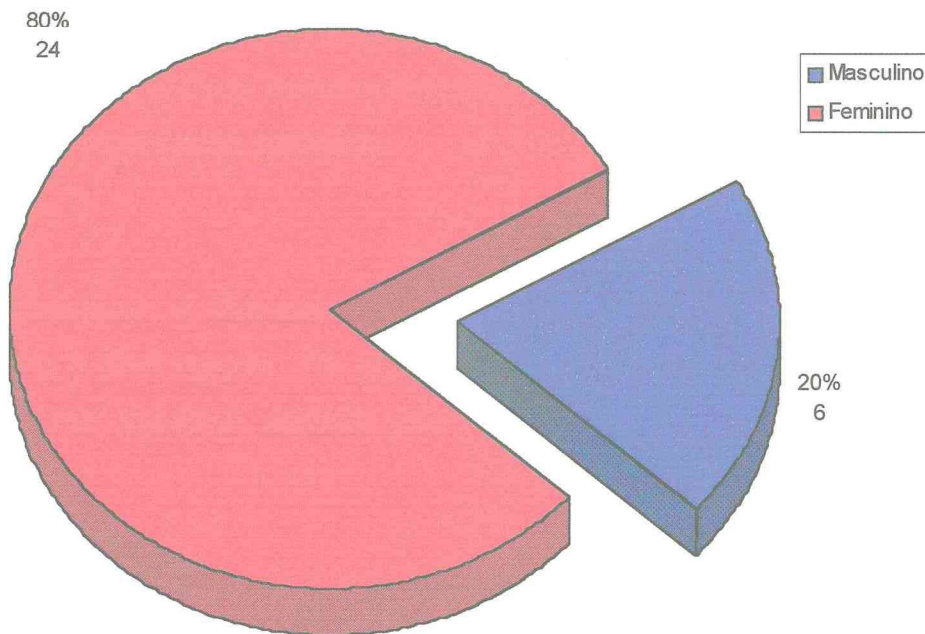
O terceiro pólo do método proposto por BARDIN (1979), compreende a busca dos indicadores não frequenciais, susceptíveis de inferências. É um procedimento mais intuitivo, maleável e adaptável aos índices não previstos. Esta análise qualitativa caracteriza-se pelo fato da “inferência - sempre que é realizada - ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc.) e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual”.

Sentimos a necessidade de explorar a análise qualitativa do método de análise de conteúdo por certas falas que expressavam valores, crenças e sentimentos e não serem demonstráveis na análise quantitativa. As falas foram selecionadas e agrupadas obedecendo sua inserção no texto de acordo com a codificação estabelecida.

V - CONHECENDO OS RESULTADOS

Ao concluir o período pré-estabelecido para a coleta de dados, nossa amostra estava constituída de trinta clientes dos quais, seis eram do sexo masculino, representando 20% desta, enquanto vinte quatro eram do sexo feminino, o que representa 80% de seu total, como está demonstrado no gráfico 01.

**GRÁFICO 01 - NÚMERO DE CLIENTES ASMÁTICOS POR SEXO
(Abr.-Jul./95)**



* Ambulatório Modelo de Pneumologia - HUWC

Quanto as idades, no sexo masculino, tivemos sempre com a frequência um, clientes com 10, 13, 20, 23, 44 e 70 anos.

No sexo feminino, tivemos com a frequência de duas clientes com 19, 22, 35, 47, 69 anos; e sempre apenas uma com 23, 25, 29, 30, 31, 36, 38, 41, 45, 49, 50, 53, 55 e 67 anos.

Conforme mencionado anteriormente na literatura sobre a incidência de asma, esta afeta crianças e adultos sendo que aproximadamente metade dos indivíduos desenvolvem a doença antes dos dez anos e outro terço antes dos quarenta FADDEN apud FISHMAN (1992).

Por ser este um ambulatório de asmáticos crônicos é compreensível que sua clientela tenha maior prevalência na idade adulta principalmente porque aproximadamente metade das crianças tornam-se assintomáticas.

Na idade adulta, segundo PALOMBINI et al apud TARANTINO (1990), as mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens, o que se confirma em nossa amostra composta por $\frac{3}{4}$ de mulheres. Estas mulheres estão concentradas na idade reprodutiva, tornando a situação de doença com um duplo caráter agravante.

Quanto a escolaridade, no sexo masculino, quatro clientes tinham o primeiro grau incompleto e dois cursavam o nível superior. No sexo feminino, quinze clientes tinham o primeiro grau incompleto, cinco tinham o segundo grau incompleto e uma cliente não informou sua escolaridade.

Quanto a profissão, no sexo masculino, quatro clientes eram estudantes, um estava sem poder trabalhar por causa da asma e o outro era aposentado. No sexo feminino obtivemos, treze clientes domésticas, três costureiras, uma costureira aposentada, uma técnica em gráfica, uma lavadeira, uma desenhista de roupa, uma copeira, uma garçonete, uma bordadeira desempregada e uma cliente não informou sua profissão.

Para facilitar a discussão dos dados, categorizamos como Fatores Desencadeantes, os alérgenos e os não alérgenos que nos foi relatado pelos próprios clientes. Desta forma, consideramos alérgenos: os alimentos, o pó domiciliar, o epitélio animal, os fungos, as drogas e a poluição, sendo esta também considerada irritante. E em não alérgenos: os fatores emocionais, as alterações climáticas, as infecções e doenças e as atividades de esforço.

A tabela 01 e a representação gráfica 02, mostra a identificação de desencadeantes alérgenos e não alérgenos por faixa etária e sexo. Queremos ressaltar que cada cliente identificou mais de um fator em cada categoria. A faixa etária foi categorizada em apenas três grupos (zero a quinze, dezesseis a quarenta e nove e de cinquenta a setenta anos) em virtude da frequência de idades ocorrida na amostra e para facilitar o agrupamento dos dados mencionados.

Para (RIOS et al 1995), há relevância no papel dos inalantes na asma podendo as crises serem desencadeadas pela poeira domiciliar, mofo, algodão, lã, pêlos de animais, penas, pólenes e outros.

Concordam ainda que, o asmático também sofre influência de desencadeante de crises por alterações climáticas, umidade, frio e até mesmo fatores emocionais. Há ainda, a atuação desencadeante ou agravante de processos infecciosos virais ou bacterianos, ampliando desta forma as causas de crises, o que obriga um acompanhamento mais criterioso do paciente.

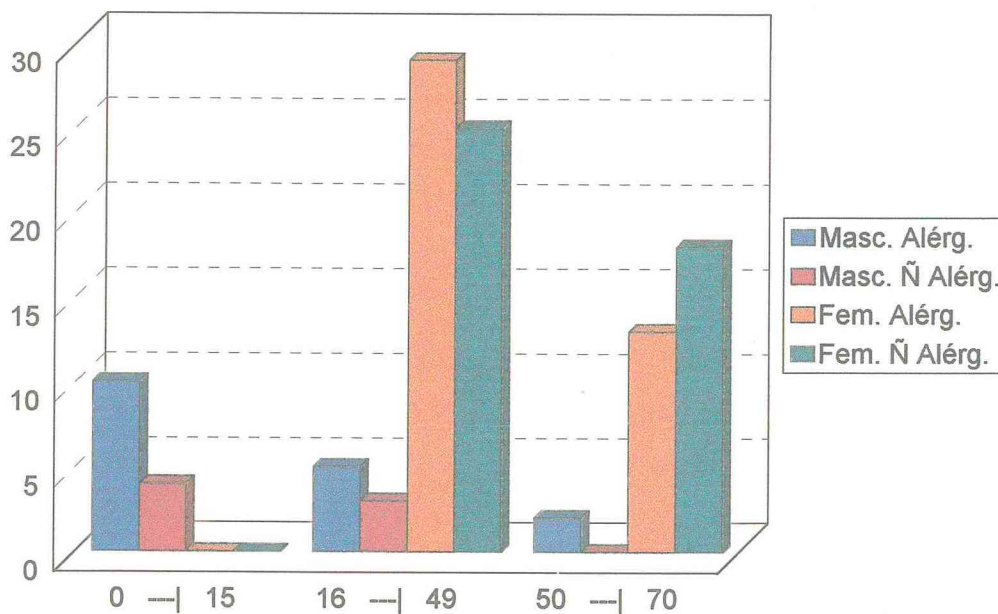
TABELA 01 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE DESENCADEANTES DE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.

SEXO	MASCULINO		FEMININO	
DESENCADEANTES	ALÉRGENOS	NÃO ALÉRGENOS	ALÉRGENOS	NÃO ALÉRGENOS
FAIXA ETÁRIA				
0 --- 15	10	04	--	--
16 --- 49	05	03	29	25
50 --- 70	02	--	13	18
TOTAL	17	07	42	43

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC

Abril a Julho de 1995.

GRÁFICO 02 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE DESENCADEANTES DE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.



* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC (Abril a Julho de 1995)

RIOS et al (1995), categorizam da seguinte forma os principais fatores desencadeantes de crises:

“Domicílio: pó de casa, mofo, algodão, penas, pêlos de animais, inseticidas, detergentes, fumaças, perfumes, ar condicionado, talco e flores.

Clima e variações de temperatura: umidade, temperatura ambiente, mudança atmosférica, chuva, banho frio, banho quente.

Atividades esportivas: corrida, ciclismo, balé e ginástica. Infecções ou doenças: rinite, tosse, resfriado, gripe, amigdalite, adenoidite, sinusite e bronquite catarral. Alimentos: leite e derivados e aditivos alimentares.

Medicamentos: aspirina, dipirona, propanolol e vacinas hipossensibilizantes.

Fatores emocionais: problemas com a mãe, pai, irmãos, avós, tios, primos, colegas, empregados e professores, crise na família, desajuste dos pais, intervenção dos avós, crises econômicas, medo, choque emocional, viagens, escuridão, ansiedade e angústia”.

O quadro 01 e a representação gráfica 03 mostram o número de desencadeantes alérgenos por sexo, em que cada cliente mencionou mais de um fator, não tendo sido observado correlação entre tipo de desencadeante e sexo.

Ao agrupar alimentos, incluímos o relato de ingestão de: sucos de laranja, maracujá, limão, manga, melancia, os chocolates, alho, pimenta, café, refrigerante, em que não investigamos se estes alimentos estavam na forma natural ou industrializada (contendo conservantes químicos). E em pó domiciliar incluímos a poeira, e o algodão, pois RIOS et al (1995), afirmam que o pó domiciliar “pode desencadear enxaqueca ou eczema, mas, comumente, provoca asma ou rinite”.

Em epitélio animal incluímos o pêlo e as penas, não tendo havido registro deste, pelo sexo masculino e finalmente, em fungos, incluímos o mofo. Ainda incluímos em poluição a fumaça, o ambiente fechado, o ventilador e o ar condicionado, proporcionalmente mais relatado pelo sexo masculino, não tendo sido por nós averiguado se estes clientes exerciam atividade profissional em área física com esta composição ou se por visitas ocasionais a estes ambientes. A literatura menciona por exemplo que o ar condicionado pode piorar a crise de asma por ressecar o

ambiente e irritar a garganta, enquanto a crise de rinite poderá ser agravada pelo uso do ventilador, por acumularem poeira e jogá-la no ambiente. Há registro de que em um grama de poeira doméstica podemos encontrar até dez mil ácaros e que uma pessoa alérgica pode conviver com até cem ácaros por grama de pó e duas mil partículas fecais desses microorganismos. Sabemos que os ácaros proliferam em ambientes fechados com umidade do ar elevada, além dos altos níveis de poeira bem como os fungos ou mofo.

Na categoria drogas incluímos as citações de uso de aspirinas, os perfumes fortes, o sabão em pó, o cheiro de gás, de inseticida, detergente, água sanitária e gasolina, principalmente pelo sexo feminino que tem um contato maior com produtos de limpeza pela sua atividade doméstica.

RIOS et al (1995), afirmam que a aspirina condiciona o aparecimento de urticária, devendo ser lembrada como importante causa de asma grave em 10 a 20% de asmáticos crônicos, onde há a possibilidade de intolerância a analgésicos, o que complica o prognóstico da doença. Segundo o Autor, é possível que os analgésicos tenham uma via de atuação enzimática comum podendo interferir com a síntese de prostaglandinas e na produção de leucotriênios, sem a participação de reação antígeno-anticorpo. E que em pacientes sensíveis à aspirina, corantes alimentares artificiais, podem surgir sintomas em um percentual de cerca de 15%, manifestando asma por crises fortes, com intensa obstrução, por provável inflamação da mucosa, que responde mal a broncodilatadores, o que requer a utilização de doses maiores e prolongadas de corticóide para o alívio dos sintomas.

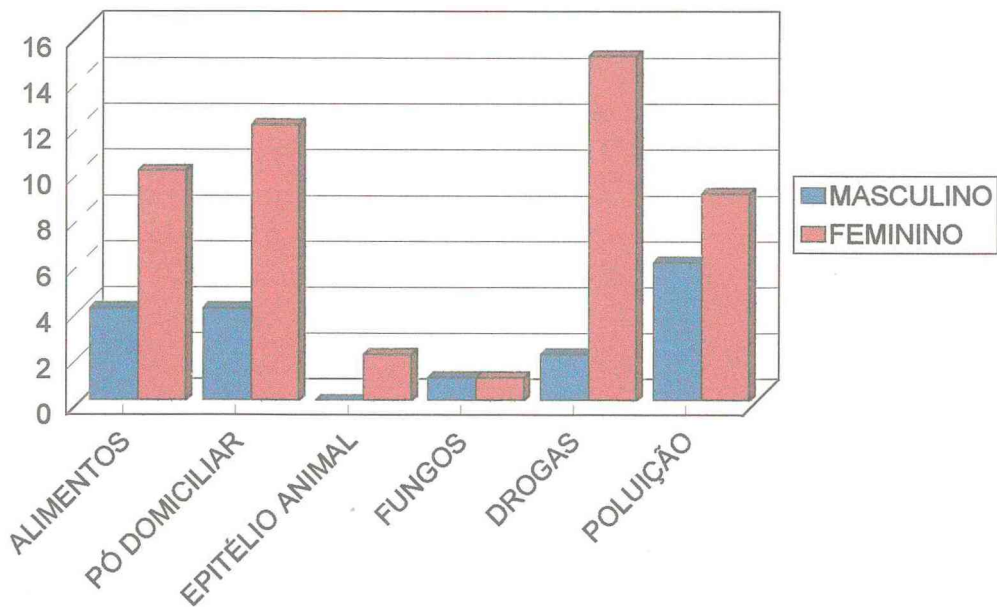
QUADRO 01 - NÚMERO DE DESENCADEANTES ALÉRGICOS POR SEXO.

DESENCADEANTES	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
ALIMENTOS	04	10
PÓ DOMICILIAR	04	12
EPITÉLIO ANIMAL	00	02
FUNGOS	01	01
DROGAS	02	15
POLUIÇÃO	06	09

* Ambulatório Modelo de Pneumologia - HUWC

Abril a Julho de 1995

GRÁFICO 03 - FATORES DESENCADEANTES ALÉRGICOS POR SEXO.



* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC (Abril a Julho de 1995)

PLATTS-MILLS (1992), afirma que é essencial para se reverter a hiperreatividade brônquica em pacientes com asma, a identificação dos alérgenos como forma de buscar estratégias práticas para enfrentar os mais comuns como os ácaros da poeira domiciliar, os gatos e cães, os fungos e as baratas, ressaltando a necessidade da aceitação e envolvimento por parte do paciente.

Para McFADDEN apud FISHMAN (1992), a poluição e as drogas, em que a mais citada é o ácido acetilsalicílico, está também na classificação de exposição a fatores irritantes.

RIOS et al (1995), afirmam que a asma “é uma doença de natureza genética e seu caráter hereditário pode ser constatado na referência a antecedentes alérgicos em pacientes até o segundo grau”. Segundo o Autor a asma, a rinite e a dermatite atópica na família significam que há constituição alérgica no doente, enquanto a urticária, a enxaqueca e o eczema de contato não mostram conotação genética com alergia respiratória.

Sugerem ainda que os dados referentes a doenças alérgicas na família, devem ser cuidadosamente pesquisadas em que se deve usar uma linguagem facilmente acessível ao cliente.

Afirmam ainda que, outros processos patológicos não alérgicos em componentes da família do asmático poderão ter implicações clínicas com a doença e deverão ser equacionados. Como exemplo, cita a tuberculose que pode significar contágio; a psicose e a neurose possibilitarão o comprometimento emocional do cliente, com importantes reflexos etiológicos.

O doente atópico tem uma grande capacidade de sensibilização que é confirmada pela precedência, concomitância ou sequência de manifestações de alergia em outros órgãos e sistemas que não o aparelho respiratório.

Referência de alergia a medicamentos, em particular à penicilina, revela a grande capacidade de sensibilização e alerta para a possibilidade de choque anafilático se repetir o mesmo medicamento. Cita que a urticária por aspirina sugere que a asma grave pode ter neste analgésico sua etiologia.

Acrescenta que outras doenças não alérgicas devem ter suas implicações clínicas e medicamentosas averiguadas no cliente asmático. Lembra ainda uma classificação tradicional e já considerada ultrapassada em que a asma é dividida em extrínseca, intrínseca e, na associação das duas, formando a mista.

A asma atópica ou extrínseca é mediada pela IgE, que é comum na primeira infância e adolescência, nos indivíduos com passado pessoal e familiar alérgico. São pessoas que apresentam crises fracas, frequentes e que aparecem mais no inverno e à noite. Os testes têm leitura imediata geralmente positivos e principalmente ao ácaro da poeira domiciliar. Responde ao tratamento imunoterápico e raramente apresenta complicações imediatas ou tardias. Tem associação alérgica a rinite, conjuntivite e tosse. Os fatores inespecíficos participam pela influência sempre presente do clima, da temperatura e das alterações barométricas. Os fatores etiológicos específicos são os inalantes (ácaros, poeira domiciliar, mofo, algodão, lã, epitélios e penas) e algumas vezes os alimentos. A resposta terapêutica é boa aos sintomáticos broncodilatadores, profilaxia à exposição aos alérgenos e à hipossensibilização. O prognóstico é favorável e a incidência clínica em torno de 20%.

A asma não-atópica ou intrínseca também é chamada de não alérgica, tem incidência menor, ocorre em lactentes e idosos que não têm história alérgica pessoal ou familiar. As crises quase sempre são fortes, de longa duração, envolvendo o estado geral. Os intervalos são longos podendo aparecer complicações imediatas ou remotas. A associação alérgica é irrelevante, há participação de fatores inespecíficos por influência climática, os fatores etiológicos específicos são as infecções virais, as complicações imediatas são frequentes tendendo ao mal asmático

comum, as complicações tardias com presença de sequelas físicas e psíquicas, podendo ocorrer enfisema. A resposta terapêutica é precária aos broncodilatadores, necessitando de corticóides e antibióticos. Tem prognóstico reservado e a incidência clínica fica em torno de 5%.

A asma mista é mais frequente e apresenta sintomas da asma intrínseca e extrínseca associados. Há presença da influência dos inalantes e das infecções. Os testes realizados aos inalantes são positivos e a resposta a imunoterapia é considerada boa. Os sintomas têm longa duração e intensidade variável. As crises variam de fracas e frequentes a fortes e de longa duração. Há associação alérgica com rinite, sinusite e tosse. Os fatores inespecíficos recebem influência do clima, do frio, alterações barométricas e fator emocional. Os etiológicos específicos são os inalantes, os alimentos e as infecções. Os antecedentes alérgicos pessoais e familiares são quase sempre positivos. As complicações imediatas são presentes na dependência de infecção, havendo possibilidade de mal asmático. As complicações tardias são sequelas físicas e psíquicas. A resposta terapêutica varia de regular a boa aos broncodilatadores podendo necessitar de uso de corticóides e antibióticos. O prognóstico varia de acordo com a infecção e a incidência fica em torno de 75%.

A hipersensibilidade aos inalantes origina crises na asma extrínseca que predomina nos indivíduos atópicos (aqueles que são capazes por determinação genética de sensibilização espontânea natural). Seus antecedentes pessoais e familiares alérgicos são positivos.

RIOS et al (1995), continuam afirmando que pela “dependência da intensidade e persistência do estímulo inalante, desenvolve-se um segundo episódio tardio de asma, em consequência da infiltração da mucosa por eosinófilos e linfócitos atraídos para a mucosa brônquica”.

Primeiramente quem descreveu este quadro foi Pepys, na Inglaterra, com asma ocupacional e fungos, onde mostrava dois acessos de asma subsequentes, em que o primeiro era discreto e o outro era mais forte e demorado. Descreve que na primeira crise participa a IgE e os

mastócitos, havendo “liberação de substâncias ativas espasmogênicas e quimiotáxicas para eosinófilos e células mononucleares”.

A segunda crise é mais forte e clinicamente diversa em que “participam substâncias liberadas dos eosinófilos, como proteína básica principal, enzima catiônica e outras, que promovem inflamação da mucosa, com destruição do epitélio respiratório, determinando o aparecimento da hiper-reatividade e um comportamento sintomático diverso da crise imediata”.

Segundo RIOS et al (1995), muitos autores subestimam e outros supervalorizam a possibilidade da ingestão de alimentos provocarem episódios de hipersensibilidade nas vias aéreas. Na realidade, a clínica mostra que os alimentos pouco provocam asma e que quando isto acontece são as crianças as mais susceptíveis e é o leite de vaca que tem mostrado mais frequência na produção de quadros respiratórios. Esclarece ainda que é rara a exclusiva manifestação respiratória sendo comum a associação com sintomas gastrintestinais de alergia, com cólicas, vômitos e diarreia.

O quadro clínico pode em tudo ser semelhante a asma por inalantes, com dispnéia e sibilos. Mas, frequentemente há abundante secreção brônquica e nasal, com roncosp, estertores bolhosos e pouca sibilância. Sua identificação etiológica fica centrada na história clínica e na precedência ou concomitância de manifestações gastrintestinais. Os testes cutâneos não têm muita representatividade e há necessidade de uma dieta com a exclusão do alimento suspeito por quinze dias para melhora da sintomatologia, observando-se a volta dos sintomas com a reintrodução do alimento como prova diagnóstica.

RIOS et al (1995), afirma que em asma por medicamentos, “cerca de 10 a 20% dos asmáticos crônicos há a possibilidade de intolerância a analgésicos, em especial à aspirina, complicando o prognóstico da doença”. A experiência clínica mostra a possibilidade real de que não são poucos os casos de adultos com asma crônica, que têm acessos agudos, graves e de difícil

resolução, podendo ter nos analgésicos sua explicação. Segundo ele, “mais raro é o encontro da tríade clássica de sensibilidade à aspirina com polipose nasal, eosinofilia e asma grave”. E que outros analgésicos entre os quais, indometacina, ácido mefenâmico, pirazolona, amidopirina e acetoaminofenol poderão em clientes muito sensíveis, desencadear episódios asmáticos. É possível que estes analgésicos tenham uma via de atuação enzimática comum, que provavelmente interfere com a síntese de prostaglandinas e com a produção de leucotriênios, sem a participação da reação antígeno-anticorpo.

RIOS et al (1995), afirma que quando os clientes são sensíveis a aspirina, a corantes alimentares artificiais, especialmente a tartrazina (amarelo 5), poderão provocar sintomatologia em um percentual em torno de 15%. E que a asma por aspirina tem manifestação com crises fortes, com obstrução intensa, por provável inflamação da mucosa, responde mal a broncodilatadores e requer para alívio dos sintomas doses maiores e prolongadas de corticóides.

O quadro 02 e a representação gráfica 04 mostram o número de desencadeantes não alérgenos por sexo em que cada cliente registrou mais de um fator.

Na frequência de desencadeantes não alérgenos, incluímos nos fatores emocionais: alegria, briga, raiva, nervoso e preocupação, mencionados apenas pelas clientes mulheres, em que não consegui perceber se os clientes homens não admitem por algum motivo a interferência destes fatores no desencadear de suas crises ou se realmente estes fatores não são **significativos para** esta parcela da amostra.

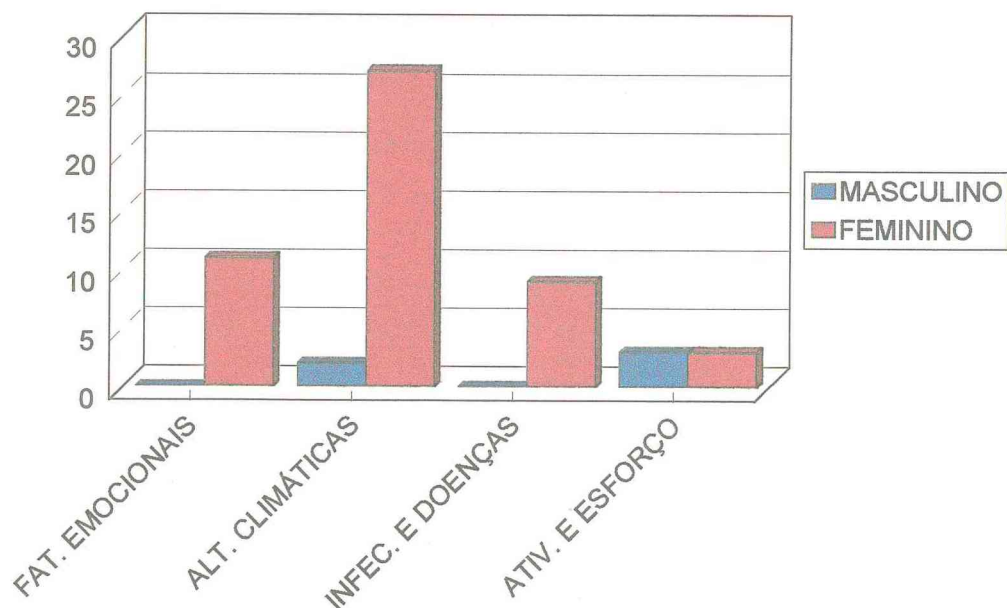
QUADRO 02- NÚMERO DE DESENCADEANTES NÃO ALÉRGICOS POR SEXO.

DESENCADEANTES	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
FATORES EMOCIONAIS	00	11
ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS	02	27
INFECCÕES E DOENÇAS	00	09
ATIVIDADES DE ESFORÇO	03	03

* Ambulatório Modelo de Pneumologia - HUWC

Abril a Julho de 1995

GRÁFICO 04 - FATORES DESENCADEANTES NÃO ALÉRGICOS POR SEXO.



* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC (Abril a Julho de 1995)

Para agrupar alterações climáticas, incluímos também as variações de temperatura por ingestão de picolé e dim-dim e exposição a sol quente, tempo quente, água quente, areia quente, chuva, tempo frio.

Lembrando aqui que, a nossa região tem um clima tropical e que quando há estação chuvosa, a elevação da umidade relativa do ar provoca até nas residências mais arejadas a formação de mofo, mostrando a associação de fatores não alérgicos como desencadeantes destes. Embora não ocorram aqui mudanças bruscas de temperatura, nessa época do ano surgem problemas respiratórios com maior frequência.

Além dos fatores mencionados pelos Autores consultados, ressaltamos que nesta amostra não houve cliente do sexo feminino na faixa etária de zero a quinze anos. Enquanto no sexo masculino, foi a faixa etária que mais manifestou identificação de desencadeantes alérgicos e não alérgicos. Para o feminino, a faixa etária de dezesseis a quarenta e nove anos teve maior manifestação de desencadeantes não alérgicos, seguida pela de cinquenta a setenta anos com a identificação dos mesmos desencadeantes.

Lembramos aqui que, PALOMBINI et al apud TARANTINO (1990), concordam com estes dados quando afirmam que a asma brônquica quase sempre tem início na infância, em que a grande maioria antes dos oito anos e em torno de metade antes dos três anos. Afirmam ainda que “embora 30 a 50% das crianças asmáticas tornem-se assintomáticas na puberdade, a remissão espontânea da asma extrínseca é menos provável nos casos de asma crônica grave e naqueles acompanhados de sinusites crônica, polipose nasal e eczema infantil”. Segundo eles, quase metade dos casos de asma em adulto tem início na infância, sendo que um terço desses asmáticos têm o diagnóstico estabelecido após os trinta anos e que até a puberdade, o sexo masculino é afetado duas vezes mais que o feminino. Dos doze aos quatorze anos equivalem-se, no adolescente e adulto jovem, há uma reversão e na idade adulta, as mulheres são mais frequentemente afetadas que os homens.

Ao agrupar infecções e doenças incluímos rinite, sinusite, gripe e amigdalite, não tendo havido manifestação pelo sexo masculino, mas somente pelo feminino.

Ao agrupar atividades de esforço incluímos exercícios físicos, andar, correr e jogar futebol, havendo mais manifestação no sexo masculino, na faixa etária de zero a quinze anos.

RIOS et al (1995), mencionam que, o fator emocional na história clínica como causa de crises, está em evidência provavelmente pela popularização dos conceitos psicossomáticos. Sendo pouco provável que o psiquismo sozinho, sem qualquer alteração imunológica ou farmacológica possa desencadear asma. Segundo o autor, os asmáticos crônicos acabam com seu psiquismo comprometido pela repetição de episódios dispnéicos, uso reiterado da medicação e até pelas internações hospitalares.

Afirmam ainda que em uma etapa posterior, as alterações emocionais como desencadeantes de crises, agiriam por atuação vagal em brônquios já suscetíveis por fatores alérgicos.

RIOS et al (1995), afirmam que há predominância de asma no inverno quando há baixa de temperatura e aumento de umidade, não considerando que a atuação dos fatores climáticos tenham papel importante. Lembram ainda que é no inverno, quando ocorre mudança brusca de temperatura, que ocorrem facilmente resfriados e gripes, que são desencadeantes de importância nas crises asmáticas.

Consideram significativo que tanto o clima quanto os resfriados e a qualidade do ambiente que no inverno é mais rica em ácaros, colaboram na manutenção da hipereatividade brônquica, mais vulnerável aos fatores climáticos.

Para RIOS et al (1995), “as crises de asma e rinite, em nosso meio, obedecem quase sempre à sensibilidade aos inalantes domiciliares (ácaros)”.

Para os Autores a infecção pode ser importante causa e fator complicante de asma, apresentada por secreção purulenta, não sendo a febre um sintoma frequente. Atua na semi-obstrução devido à produção de edema persistente da mucosa, de alteração da viscosidade das secreções e estimulação do reflexo vagal broncoconstritor. Na sinusite e adenoidite, são comuns tosse e asma noturnas, como consequência de gotejamento pós-nasal de secreção pela estimulação dos receptores da tosse e do espasmo reflexo.

Para os mesmos Autores, é muito frequente pacientes em crises com broncoespasmo discreto e com a capacidade respiratória reduzida, que apresentem dispnéia e sibilância após a prática de qualquer tipo de exercício físico. Na asma por exercícios físicos, os episódios são súbitos e com íntima relação com esforços intempestivos como, corrida súbita, ascensão em escada e práticas de esporte não habitual.

Continuam dizendo que, “a asma por exercício é fácil de ser induzida pela corrida a pé, mas não pela corrida parada, e muito pouco pela natação”. Fazem ainda alusão a inalação de ar frio e seco e modificação da osmolaridade nas vias respiratórias entre outras.

A tabela 02 e a representação gráfica 05, mostra a identificação de Sintomas de Asma por faixa etária e sexo, em que agrupamos estes por broncoconstrição, inflamação e em outro. Dentre os de broncoconstrição incluímos dispnéia, sibilos, tosse, dor no peito e sensação de arrocho.

Em sintomas de inflamação consideramos as alergias, a sinusite, cefaléia, rinite, expectoração, obstrução nasal, espirro, prurido. E em outros, inapetência, dormência, úlcera de esôfago, diabete, prurido vaginal,... mencionados durante as entrevistas realizadas.

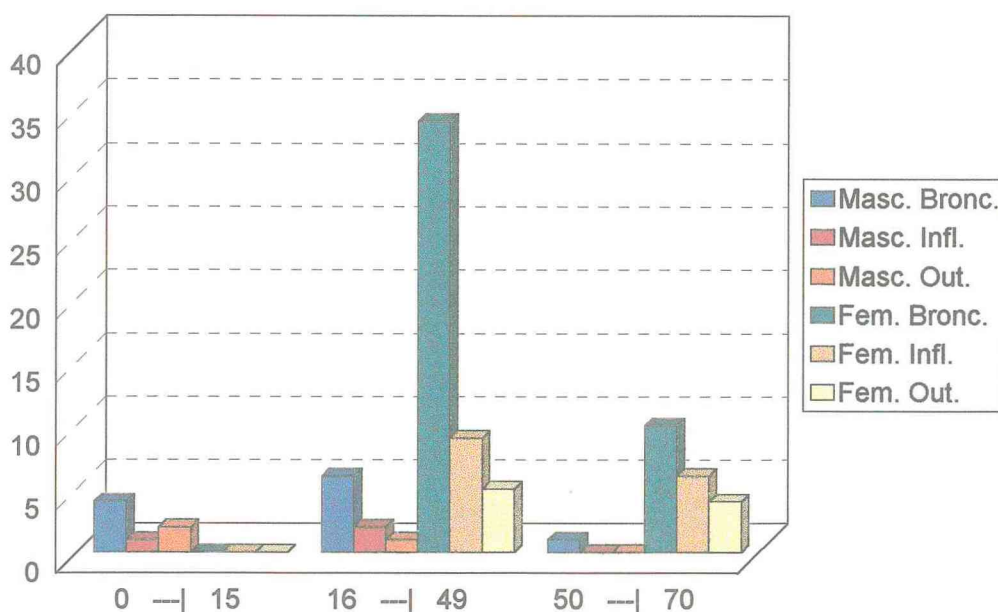
TABELA 02 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.

SEXO	MASCULINO			FEMININO		
SINTOMAS	BRONCO	INFLAMAÇÃO	OUTROS	BRONCO	INFLAMAÇÃO	OUTROS
FAIXA ETÁRIA	CONSTRIÇÃO			CONSTRIÇÃO		
0 -- 15	04	01	02	--	--	--
16 -- 49	06	02	01	34	09	05
50 -- 70	01	--	--	10	06	04
TOTAL	11	03	03	44	15	09

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC

Abril a Julho de 1995.

GRÁFICO 05 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.



* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC (Abril a Julho de 1995)

Mostra ainda mais manifestação de sintomas por broncoconstrição na faixa etária de zero a quinze anos masculina, não tendo havido clientes entrevistadas do sexo feminino nesta faixa etária. Permanece a predominância de sintomas por broncoconstrição na faixa etária de dezesseis a quarenta e nove anos em ambos os sexos, enquanto na faixa etária de cinquenta a setenta anos houve apenas uma manifestação de sintoma, sendo esta por broncoconstrição e na mesma faixa etária feminina há manifestação de sintomas por broncoconstrição, inflamação e outros também.

SHEFFER (1992), recomenda a aceitação do conceito básico de que “a inflamação alérgica é primordial na patogênese da asma”. E que “a inflamação predispõe à hiperresponsividade das vias aéreas com a indução de broncoconstrição após a exposição a fatores desencadeantes”.

Em um Painel de Experts do Programa Nacional de Educação na Asma realizado em Washington em 1992, concluiu-se que “a broncoconstrição não é um evento isolado na patogênese da asma, mas que é um evento induzido por fatores desencadeantes sobre a inflamação das vias aéreas”. Consideram que a inflamação representa um papel crucial na etiologia da doença e que os agentes antiinflamatórios (corticoesteróides e cromoglicato de sódio) são fundamentais na farmacoterapia da asma.

Para SHEFFER (1992), quando a asma é desencadeada por fatores como exercício vigoroso, ar frio e fumaça ou vapores nocivos, os clientes necessitam de broncodilatadores.

Segundo o CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA 1, esta doença é determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais que levam a uma inflamação crônica das vias aéreas. A resposta asmática a uma provocação por alérgeno é precoce e imediata com broncoconstrição durante um período aproximado de uma hora. A degranulação de mastócitos, libera fatores quimiotáticos que provocam um afluxo secundário de células inflamatórias, que produz broncoconstrição secundária após o estímulo original que varia de três a oito horas. CAMPOS (1994), afirma que a partir da compreensão que a inflamação era a alteração básica responsável pelas disfunções ventilatórias o eixo do tratamento de asma

mudou. Antes era direcionado principalmente para a broncodilatação e reversão das crises. Atualmente o objeto é reduzir a inflamação das vias aéreas, utilizando um tratamento antiinflamatório contínuo nos casos mais persistentes.

A tabela 03 e a representação gráfica 06 mostra a identificação de conhecimento sobre asma por faixa etária e sexo, em que na faixa etária de zero a quinze anos houve registro de um cliente que mencionou ter conhecimento sobre a doença e um outro registrou o seu não conhecimento. Não houve clientes atendidas nesta mesma faixa etária no sexo feminino. Na faixa etária de dezesseis a quarenta e nove anos, o sexo feminino demonstrou maior manifestação de conhecimento sobre a doença, bem como na manifestação do não conhecimento também.

Na faixa etária de cinquenta a setenta anos não houve manifestação de conhecimento sobre asma por parte do sexo masculino e somente uma manifestação de não conhecimento por este sexo. Quanto ao sexo feminino nesta mesma faixa etária houve maior manifestação do não conhecimento.

Proporcionalmente pode-se afirmar que 50% (03) da clientela masculina tem conhecimento sobre a doença e 58% (14) da clientela feminina encontra-se nesta situação, constatando-se que as mulheres demonstram maior conhecimento sobre a asma.

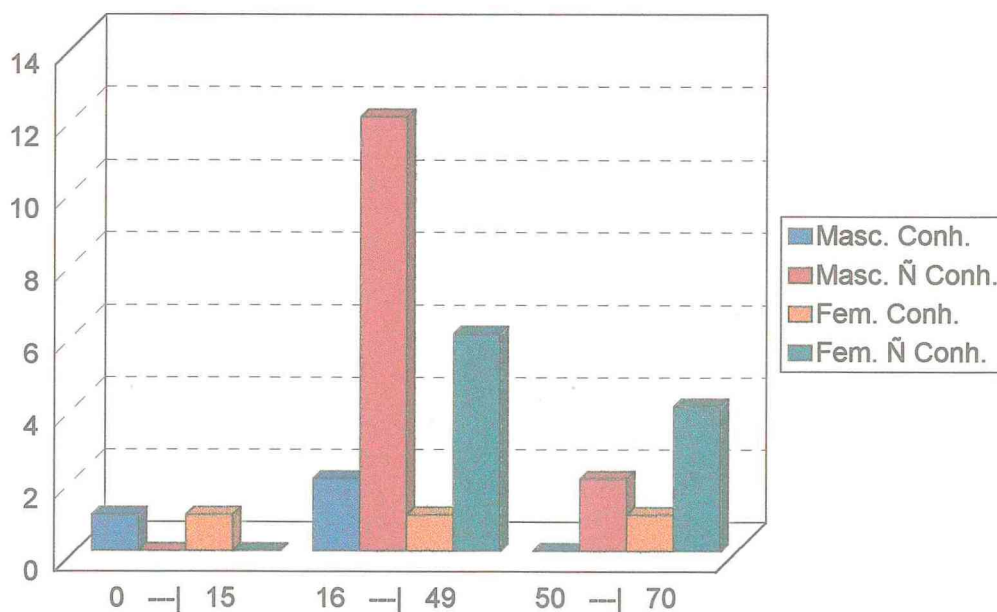
TABELA 03 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.

CONHECIMENTO	SIM		NÃO	
SEXO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
FAIXA ETÁRIA				
0 --- 15	01	--	01	--
16 --- 49	02	12	01	06
50 --- 70	--	02	01	04
TOTAL	03	14	03	10

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC

Abril a Julho de 1995.

GRÁFICO 06 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.



* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC (Abril a Julho de 1995)

Segundo o CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA 1, é preciso que se inclua na história clínica do cliente, uma avaliação do conhecimento da doença pelo cliente e família, bem como sobre a crença de sua cronicidade e eficácia do tratamento. É preciso que se avalie ainda, a habilidade do cliente e parentes de poder lidar com a doença, grau de apoio, capacidade de reconhecer a gravidade de uma exacerbação e os recursos econômicos disponíveis para tratar-se.

CAMPOS (1994), concorda que o conhecimento que o cliente tem de sua doença e a capacidade para controlá-la e auto-avaliar-se, de acordo com as recomendações médicas, deve ser analisado.

Afirma ainda que é importante educar o cliente e seus responsáveis sobre a doença. Acredita que educando-o estará ajudando-o a entender sua doença a aprender e a praticar atitudes adequadas para o manejo da asma, além de apoiá-lo nesta tentativa.

O quadro 03 mostra a frequência de clientes ambulatoriais em que todos eles fazem uso de tratamento medicamentoso, inclusive informando a utilização da associação de mais de uma medicação, com esquema prescrito pelo médico que os assiste ou até mesmo recorrendo ao balcão da farmácia mais próxima ao seu domicílio para auto-medicar-se.

Torna-se oportuno lembrar aqui a necessidade de entender porque estes clientes mesmo reconhecendo o poder médico e se submetendo a um esquema de medicação prescrito e tendo um conhecimento dos efeitos que causam, fazem alterações nas doses ou buscam tratamento alternativo com base em concepções particulares, crenças e tradições, e em experiências cotidianas de outros, que de maneira informal e empírica dividem o saber médico.

A partir do próprio relato dos clientes sobre o tratamento medicamentoso e alternativo por eles utilizado, elaboramos quadros com estas categorias, tentando nas subdivisões contemplar-lhes as falas.

Desta forma, listamos na categoria Medicamentoso: broncodilatador, anti-inflamatório, anti-alérgico, imunoterápico e outros, e na categoria Alternativo: lambedor, pílula do mato, chá, mel de abelha e outros.

O mesmo quadro mostra a frequência de medicações utilizadas e registradas pelos clientes em que agrupamos de acordo com a fórmula específica como broncodilatador: aerossol, Aminofilina, bombinha, Salbutamol, Franol, Marax, Teolong, Adrenalina, Aerolin.

Em anti-inflamatório: Diprospan, Meticorten e Prednissona. Em anti-alérgico, o Asmen. Em imunoterápicos, as vacinas e em outros, o oxigênio, Lorax e expectorante.

CAMPOS (1994), afirma que os principais objetivos do tratamento incluem a confirmação do diagnóstico, supressão dos sintomas e maximização da função pulmonar, sendo a longo prazo que além do controle destes se consiga reduzir o risco de morte na crise e que se evite os efeitos indesejáveis da medicação. O Autor continua citando os medicamentos mais usados na asma, em que figuram os broncodilatadores, sendo a via de administração inalatória a preferencial para seu uso, os anti-inflamatórios e os anti-alérgicos.

O Autor acima considera importante que o cliente asmático possua um plano de ação escrito definido, em caso de agravamento do quadro ventilatório e que o cliente deve ser orientado para reconhecer rapidamente o agravamento de sua situação respiratória, para agir prontamente.

RIOS et al (1995), consideram importante a inclusão entre os objetivos do tratamento, a recuperação da participação social do cliente, reduzindo ou até abolindo crises agudas através do conhecimento e do afastamento dos agentes desencadeantes e a manutenção dos níveis pulmonares normais ao controlar os sintomas crônicos.

QUADRO 03 - CLIENTES AMBULATORIAIS E TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO

TRATAMENTO		
MEDICAMENTOSO		
BRONCODILATADOR	AEROSSOL	16
	AMINOFILINA	14
	BOMBINHA	11
	SALBUTAMOL	07
	FRANOL	05
	MARAX	02
	TEOLONG	02
	ADRENALINA	01
ANTI-INFLAMATÓRIO	AEROLIN	01
	DIPROSPAN	06
	METICORTEN	03
ANTI-ALÉRGICO	PREDINISSONA	03
	ASMEM	01
IMUNOTERÁPICO	VACINAS	02
OUTROS	OXIGÊNIO	01
	LORAX	01
	EXPECTORANTE	01
	NÃO ESPECIFICOU	01

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC

Abril a Julho de 1995.

RIOS et al (1995), consideram objetivos do tratamento, a personalização do tratamento, levando em consideração os aspectos de alergia, infecções, exercícios, medicamentos, produtos químicos, hormônios, irritantes, aspectos emocionais, alimentos e refluxo gastroesofágico. A orientação do paciente e familiares, o controle ambiental, a imunoterapia e as condutas especiais com enfoque na fisioterapia respiratória e na abordagem emocional do cliente asmático.

A tabela 04 e a representação gráfica 07, mostra o uso ou não de tratamento alternativo. Verifica-se que oito clientes não usam este tipo de tratamento, portanto, utilizam exclusivamente a terapia medicamentosa. Este grupo foi constituído por um cliente homem e sete clientes mulheres.

Na faixa etária de zero a quinze anos utilizam tratamento alternativo um cliente do sexo masculino e não houve cliente atendido do sexo feminino.

Na faixa etária de dezesseis a quarenta e nove anos, três clientes do sexo masculino relataram o uso de tratamento alternativo enquanto na mesma faixa etária no sexo feminino, quatorze clientes confirmaram o uso deste tratamento. A faixa etária de cinquenta a setenta anos não houve relato do uso alternativo pelo sexo masculino, mas o sexo feminino registrou o uso deste tratamento por cinco clientes.

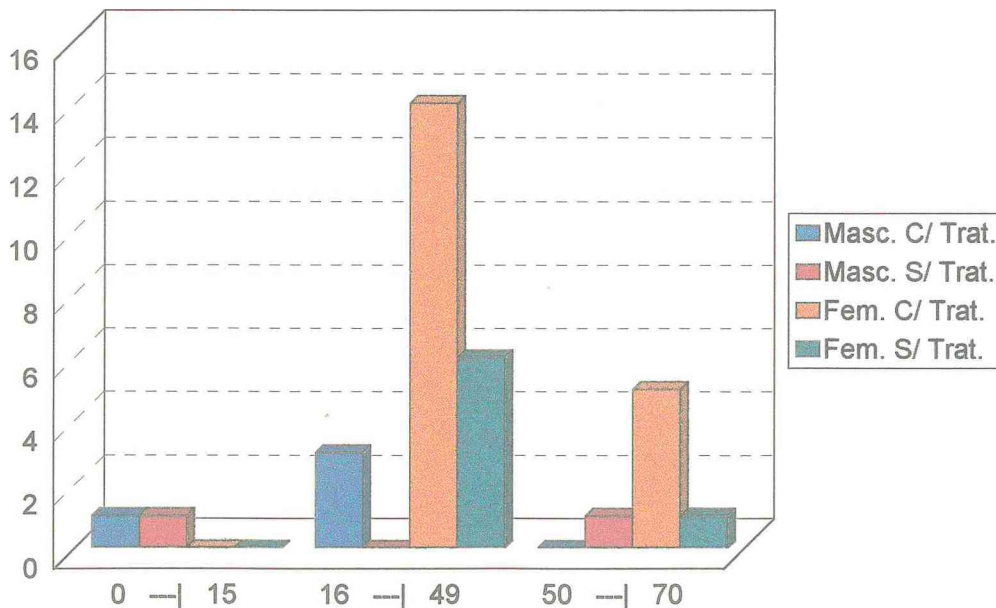
TABELA 04 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE TRATAMENTO ALTERNATIVO DE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.

TRATAMENTO	ALTERNATIVO			
SEXO	MASCULINO		FEMININO	
USUÁRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
FAIXA ETÁRIA				
0 --- 15	01	--	--	--
16 --- 49	03	--	14	06
50 --- 70	--	01	05	01
TOTAL	04	01	19	07

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC

Abril a Julho de 1995.

GRÁFICO 07 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A IDENTIFICAÇÃO DE TRATAMENTO ALTERNATIVO DE ASMA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.



* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC (Abril a Julho de 1995)

O quadro 04 mostra que na categoria Alternativo houve referência de lambedores (termo usado pelos clientes, equivalente a xarope que é uma solução aquosa, concentrada, de açúcar com as plantas medicinais), de malva, ipecacuanha, agrião, alho, eucalipto, limão, óleo de piqui, mangará da bananeira, raiz de delegado, semente de quiabo, tomate, janaguba, mamão, cebola branca, hortelã.

Sete clientes não especificaram a composição dos remédios caseiros por desconhecerem a mesma, em virtude da crença de seus familiares de que o não conhecimento da fórmula do lambedor favorece o processo de cura do cliente asmático. Ressaltamos que em suas falas mencionam sempre o uso de uma composição com vários componentes dos acima citados em uma mesma fórmula.

Há uma citação do uso de pílula do mato e o uso de chás de maconha, capim santo, alfavaca, leite de gergelim, cebola branca, ipecacuanha e cinco clientes não souberam especificar a composição do que estiveram ingerindo. Houve uma citação do uso do mel de abelha e em outros, mencionaram a utilização de abacaxi com mel, exercícios de ioga, participação em coral como forma de melhorar a capacidade de respiração, e ainda o uso de “icekiss” que é uma bala de hortelã e massagens de vick vaporub nas costas.

QUADRO 04 - CLIENTES AMBULATORIAIS E TRATAMENTO ALTERNATIVO.

TRATAMENTO		
ALTERNATIVO		
	MALVA	04
	IPECACUANHA	03
	AGRIÃO	02
	ALHO	02
	EUCALIPTO	02
	LIMÃO	01
	ÓLEO DE PIQUI	01
	MANGARÁ DE BANANEIRA	01
LAMBEDOR	RAIZ DE DELEGADO	01
	SEMENTE DE QUIABO	01
	TOMATE	01
	JANAGUBA	01
	MAMÃO	01
	CEBOLA BRANCA	01
	HORTELÃ	01
	NÃO ESPECIFICOU	07
PILULA DO MATO		01
	MACONHA	02
	CAPIM SANTO	01
CHÁ	LEITE DE GERGELIM	01
	CEBOLA BRANCA	01
	IPECACUANHA	01
	NÃO ESPECIFICOU	05
MEL DE ABELHA		01
	ABACAXI COM MEL	01
OUTROS	IOGA, CORAL	01
	ICE KISS	01
	VICK VAPORUB	01
NÃO USA		08

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC
Abril a Julho de 1995.

Percebemos através de suas falas o esforço que os clientes e seus familiares realizam, buscando terapêutica alternativa com o único objetivo de minimizar sintomas, buscar saúde, prolongar

suas vidas, o que vem de encontro ao conceito de autocuidado de OREM apud GEORGE (1993). Se os próprios clientes não conseguem executar a fórmula do tratamento pela crença de que o remédio só cura se houver o desconhecimento desta, existe sempre um membro da família com capacidade e disposição de assumir esta tarefa. Desta forma chás e lambedores são preparados com todo o sigilo necessário e administrados na dose e frequência que acreditam proporcionar a cura.

Ao mesmo tempo é possível constatar que este cuidado tem característica que LEININGER apud GEORGE (1993), define como cultura e que são “valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas”. Sobre valores culturais afirma que são derivados da cultura e que identificam formas desejáveis de ação e conhecimento.

A Autora acima chama de sistemas populares de saúde ou de bem-estar as “práticas de cura ou de cuidado de saúde nativas, locais ou tradicionais que possuem significados e usos especiais para curar ou ajudar as pessoas, geralmente oferecidos em casas de família ou em contextos ambientais comunitários, com seus profissionais do local”.

Concordamos com a Autora, a partir do momento em que constatamos através das falas dos clientes que algum membro da família ou amigo, manipula chás e lambedores “milagrosos” e que estes os ingerem com a confiança de que embora tenham sabor desconhecido e pouco comum, poderão proporcionar-lhes a cura desejada.

Buscamos fundamentação na Teoria Transcultural como forma de justificar as crenças e valores culturais que identificamos na utilização de tratamento alternativo pelo grupo de clientes asmáticos e familiares que pesquisamos.

Reproduzimos, a seguir, algumas falas de clientes que demonstram estas características:

a cliente J.R.F. relata em sua fala o seguinte: *“Já tomei tanto chá, dizem que você tem que tomar o remédio sem saber, se não, não serve. Já tomei um chá escuro horrível com gosto de chifre toda seis horas da noite durante nove dias”*. E continua: *“dizem também que se pegar os cabelos das partes do meu marido, torrar e fazer um chá também fico boa”*.

A cliente M.B.P. diz: *“sempre tomo os remédios do doutor, mas tomei chás que não sei de que era feito porque o povo diz que se souber não serve”*.

A cliente R.F.P. diz: *“a mãe faz lambedor, remédio caseiro, são bons porque fortificam, melhora bem, expectoro, só tomo nas crises”*.

A cliente E.C.M.: *“quando eu era menina tomava remédio caseiro que minha mãe fazia mas nem sei de que era”*.

A cliente M.R.F.: *“já tomei remédio caseiro mas a mãe não diz de que é se não não serve”*.

LEININGER apud GEORGE (1993), diz que **diversidade cultural de cuidado** diz respeito “a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida, ou para enfrentar a morte”. E continua dizendo que diferentemente, a **universalidade cultural de cuidado** se refere a “significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado comuns, semelhantes ou uniformes, culturalmente originários dos homens, para seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e o modo de vida ou para enfrentar a morte”.

A Autora mencionada ressalta a importância da teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de cuidado que tem como base a pesquisa qualitativa e não a quantitativa. Sua teoria tem como conceitos principais a cultura, o valor cultural, a diversidade e universalidade cultural de cuidado, o cuidado cultural, a visão de mundo, a estrutura social, o contexto ambiental, o

sistema de saúde popular, a saúde, o sistema de saúde profissional, o cuidar, o cuidado, o atender, a preservação cultural do cuidado, a acomodação cultural do cuidado e a repadronização cultural do cuidado.

Define cuidado cultural como “os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humanas ou a enfrentar a morte e as deficiências”.

Continuamos exemplificando os aspectos transculturais: a cliente S.V.S.: *“meu marido e minha tia fazem chá, café forte, chá do leite do gergelim, me dão lambedor que eu não sei de que é e que começa a botar a baba para fora”*.

A cliente M.S.M.R.: *“tomo chá, xarope que ensinam a meu marido, minha mãe e minha sogra, eles fazem mas não dizem o que que é. Às vezes melhora mas nunca fico boa”*.

A cliente F.A.N.: *“minha mãe sempre faz chás e xarope, mas não diz nunca de que é. Me ensinaram o chá da folha da castanhola, mas só pode tomar sem qualquer outro remédio e aí eu tomo o da pressão (Adalat) e não dá”*.

As falas convergem para o uso do tratamento alternativo em conjunto com o medicamentoso e em sua maioria para o não conhecimento da fórmula da porção que está sendo ingerida. Consideramos que este dado deve ser levado em consideração para a padronização do cuidado com o cliente asmático, por parte da equipe de saúde, que tem conhecimento da associação de tratamento por eles realizada, visto o forte traço cultural de crenças e práticas que adotaram ao longo dos anos. Consideramos também importante a participação de uma enfermeira nesta equipe, para atuar junto a esta clientela em um sistema de apoio educativo para conhecimento da doença e aproveitamento de sua experiência prática cotidiana, na tentativa de universalizar o cuidado de enfermagem a nível de cliente asmático.

Entre os tratamentos mencionados, foram frequentes as citações de chás e lambedores que tinham em sua composição plantas medicinais. Para compreender se seu uso era adequado consultamos literatura alternativa de plantas.

Encontramos, por eles mencionadas e utilizadas, como por exemplo o agrião (*Spilanthes acmella*) que segundo FOSSAT, (s.d.) , é uma planta herbácea, suculenta que emite raízes adventícias, flores hermafroditas, fruto síliquas, é conhecida para saladas, devendo ser usada crua porque quando cozida suas propriedades medicinais se perdem. O agrião contém iodo, fosfato, ferro, um óleo essencial e alguns sais. Quando em uso prolongado tem um efeito eficaz como depurador do sangue e antiescorbútico. Tem indicação como expectorante nos catarrhos pulmonares crônicos e ainda raquitismo, enfermidades de vias urinárias, entre outras. Sua indicação é de três a quatro colheres de sopa de suco puro ou diluído em água tomado diariamente.

O cliente J.I.B. relata que tomou conhecimento de um dos remédios que lhe foi preparado era remédio do mato e continha: eucalipto, alho, limão, ipecacuanha, raís de delegado, semente de quiabo, dois quilos de tomate, malvarisco e agrião.

A cliente J.R.G. relata o uso de lambedor de malvarisco, ipecacuanha e agrião.

Ainda segundo FOSSAT (s.d.), a alfavaca (*Monniera trifolia*), é uma planta herbácea, muito cheirosa, folhas ovais, longipeciouladas, inflorescência em espiga, fruto aquênios. As folhas se aplicam em caso de tosse, febre, ventosidades, enfermidades dos intestinos, estômago e rins. As folhas amassadas servem ainda para curar feridas. Com a raiz se prepara um xarope para a tuberculose pulmonar. A parte mais usada são as folhas e as sementes na dose de dez a quinze gramas por litro de água, de quatro a cinco xícaras por dia.

A cliente R.S.B. relata ter tomado chá de capim santo e alfavaca na tentativa de aliviar sintomas de suas crises de asma.

A cliente R.L.C. informa ter feito uso de remédio feito de mamão e de lambedor de ipecacuanha, eucalipto, cebola branca e hortelã.

Sobre a hortelã (*Mentha piperita*) diz ser uma planta ligeiramente aveludada, haste ereta, quadrangular, aveludada, ramosa, tem folhas opostas curtamente pecioladas, flores violáceas, o fruto é constituído por quatro aquênios. Trata-se de um medicamento eficaz contra os carrapatos das mucosas, favorecendo a expectoração e combatendo a formação de novas matérias a expulsar. A parte usada são as folhas e as sumidades floridas por infusão na dose de dez gramas para um litro de água de quatro a cinco xícaras por dia.

Sobre a ipecacuanha (*Cephaelis ipecacuanha*) descreve como arbusto das matas brasileiras principalmente nos estados da Amazônia, de Goiás e Mato Grosso, tem folhas verdes, ovais, lanceoladas, flores de cor branca, fruto ovóide. A raiz é emética em altas doses e expectorante em pequenas doses. Usa-se a raiz por decocção contra bronquite, coqueluche, diarreia, na dose de dez gramas para um litro de água, uma xícara por dia.

O cliente R.F.P. informa que sua mãe faz lambedor e remédio caseiro. O lambedor é feito de malva, mangará da bananeira e óleo de piqui, que segundo sua própria informação é bom porque fortifica e faz expectorar.

A cliente M.F.S.S. informa o uso de janaguba e chá de cebola branca e ipecacuanha.

Sobre a malva (*Waltheria indica*) afirma ser uma planta onde da raiz levantam-se várias hastes cilíndricas, eretas, ramosas, tem folhas alternas longipecioladas que são recortadas em cinco a sete lobos de pouca profundidade, com bordos serreados, flores cor de rosa com estrias vermelhas reunidas nas axilas das folhas, fruto deprimido composto de cálice persistente e numerosos aquênios monospermos. Usa-se as folhas e as flores como calmantes e emolientes, sendo a raiz também usada como emoliente. A malva é considerada como excelente remédio para curar catarros de qualquer espécie e ainda enfermidades da garganta e ouvido como

gargarejos e inalações na dose de dez gramas para um litro de água de quatro a cinco xícaras por dia.

O uso da maconha foi mencionado por duas clientes, em que a primeira já havia ingerido o chá do pó da maconha buscando a cura da asma. A cliente informa ter sentido-se bem após usá-lo, mas foi a um jogo de futebol no dia seguinte e lá perdeu os sentidos. Segundo a mesma depois desse fato o chá não adiantou mais. A segunda cliente informou que ingeriu algo feito de maconha, embora não saiba exatamente o que, por não ter sido preparado por ela própria. Relata que deveria ter tomado por nove dias seguidos, mas com a primeira ingestão dormiu o dia inteiro e não teve mais coragem de repetir a experiência no dia seguinte.

A literatura consultada de plantas medicinais, não menciona o uso da maconha em experiências alternativas, mas em ESPECIALISTAS... (1995), em entrevista com o médico-psiquiatra, antropólogo e professor Adalberto Barreto, Coordenador do Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitário da Universidade Federal do Ceará, que diz “as sementes da planta Canabis sativa, que origina a droga, já são utilizadas no combate à asma, através de chás medicinais”.

Segundo ele, o tetrahydrocannabinol - princípio ativo da maconha - pode ser utilizado com fins terapêuticos no Brasil. Alerta que não pode ser usado de forma indiscriminada e que não poderia ser vendido livremente nas farmácias. Diz que o assunto foi debatido em Brasília por ocasião da realização do “Seminário Tetrahydrocannabinol (THC) como Medicamento?”, promovido pelo Ministério da Saúde, que contou com a presença de especialistas do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), informa que para adotar o THC, o Brasil terá que modificar a portaria No. 28/86 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que regulamenta a medicação psicotrópica e que ainda considera a substância proscrita. Na mesma matéria, a Professora titular do Departamento de Fisiologia e Farmacologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, Glauce Barros Viana, informa que o THC tem sua eficácia comprovada em dois usos terapêuticos: na melhoria de náuseas e

vômitos relacionados à quimioterapia de câncer e na diminuição da pressão intra-ocular de algumas formas de glaucoma. Ressalta que o THC é o princípio ativo de uma droga controversa como a maconha e que faz-se necessário sejam analisadas com profundidade a questão do controle sobre seu uso.

Deixamos neste momento, de comentar os demais componentes que compõe o quadro 02, por não ter conseguido localizar literatura escrita que contivesse composição e recomendações de uso, além do que foi exposto pelos clientes, que têm como base a crença na experiência que trocam com familiares e amigos na busca incansável de ajuda para conseguir a cura da asma.

As demandas de autocuidado foram categorizadas por OREM apud GEORGE (1993), em universais, desenvolvimentais e de desvios de saúde. Ouvindo e analisando as falas dos clientes asmáticos no Ambulatório, pudemos perceber e categorizar demandas de autocuidado terapêuticas, de atividade, de alimento e água, de interação social, de repouso e ainda situações de risco de vida e bem-estar.

O quadro 05 mostra a referência de que os clientes do sexo masculino e feminino manifestam como demandas de autocuidado durante a crise asmática.

Em terapêuticas, ficaram as referências do uso de medicação (já especificados no quadro 01 e 02) e cuidados dispensados por ocasião da crise, visto que de acordo com suas falas, não tomam os mesmos cuidados visando prevenção.

Em atividade, aparecem duas referências de clientes do sexo feminino em que demonstram a necessidade de ajuda para deslocarem-se para atendimento hospitalar por ocasião da crise.

QUADRO 05 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A REFERÊNCIA DE SUAS DEMANDAS DE AUTOCUIDADO

DEMANDAS DE AUTOCUIDADO	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
TERAPÊUTICAS	05	14
ATIVIDADE	--	02
ALIMENTO	--	02
ÁGUA	--	01
INTERAÇÃO SOCIAL	01	02
REPOUSO	02	18
RISCO DE VIDA/BEM-ESTAR	--	06

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC
Abril a Julho de 1995.

Em alimento, novamente referência de duas clientes do sexo feminino que necessitam de ajuda para que lhes preparem o alimento quando estão em crise.

Em água, há a referência de uma cliente do sexo feminino, que informa necessitar de bastante líquido durante a crise.

Em interação social, houve referência de apenas um cliente do sexo masculino que sente necessidade de divertir-se com os irmãos e colegas enquanto em crise. Os demais mencionam que assistem televisão e há ainda os que se privam de entretenimento para não desencadear crise. Enquanto no sexo feminino, duas clientes informaram que após tomarem o remédio continuam trabalhando, pois preferem manter-se ocupadas. As demais param de fazer tudo e se deitam.

O cliente W.A.L. informa que a asma interfere na sua vida diária *“porque quando estou cansado não vou ao colégio, não brinco, não posso ficar deitado. Meus irmãos querem ir a um lugar e eu não posso, principalmente num lugar longe”*.

O cliente G.A.S. diz que *“piora da asma jogando bola, correndo, pegando poeira, areia e sol quente, soltando arraia. Me atrapalha o cansaço porque não posso brincar”*.

Percebe-se nestas falas o desejo de buscar interação social e não poder, porque as atividades que gostam de praticar desencadeiam crises de asma, fazendo com que eles deixem de realizá-las. Duas clientes do sexo feminino informaram que após tomarem o remédio continuam trabalhando, pois preferem manter-se ocupadas. Os demais param de fazer tudo e se deitam.

Em repouso, dois clientes do sexo masculino e dezoito do sexo feminino, manifestaram a necessidade de manutenção de repouso, mesmo que não consigam permanecer deitados em cama, mas recorrem a uma rede ou até mesmo se recostam em uma cadeira se não conseguem deitar pelo exacerbamento da crise.

Em risco de vida e bem-estar, seis clientes do sexo feminino manifestaram receios, entre eles o da morte por ocasião da crise, o de fazer algo que lhe faça mal ou de comer algo que também lhe desencadeie crise por processo alérgico.

Quase sempre nós enfermeiros estamos preocupados em ajudar as pessoas para que atendam suas necessidades básicas, quando são incapazes de fazer por si mesmas, por estarem doentes, por lhes faltar conhecimento, habilidade ou até motivação suficiente.

Quando OREM apud GEORGE (1993), apresenta as três categorias de requisitos de autocuidado (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde), identifica os universais como associados a processos de vida e manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. São comuns a todos os seres humanos, estão presentes em todos os

estágios do ciclo vital e são fatores interligados constituindo-se atividades do cotidiano. A Autora identifica estes requisitos como necessidades de manutenção de ingestão suficiente de ar, água, alimento; de equilíbrio entre atividade e descanso; de equilíbrio entre solidão e interação social; provisão de cuidados visando os processos de eliminação e excreção; prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem estar do corpo humano e ainda a promoção do desenvolvimento humano em grupos sociais conforme o potencial, as limitações e o desejo humano de ser normal.

O quadro 06 mostra a frequência de clientes do sexo masculino e feminino onde registram a forma como recebem ajuda.

QUADRO 06 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A REFERÊNCIA DE COMO RECEBE AJUDA NA CRISE ASMÁTICA.

RECEBE AJUDA SENDO	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
ASSISTIDOS POR FAMILIARES E AMIGOS	02	18
ACOMPANHADO AO HOSPITAL	02	07
AUXILIADO NAS TAREFAS	--	06
APOIADO FINANCEIRAMENTE	01	06
INDEPENDENTE NO CUIDADO	02	01

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC

Abril a Julho de 1995.

Em suas falas, dois clientes do sexo masculino referem a ajuda que recebem em forma de assistência por parte da família, enquanto dezoito do sexo feminino também recebem o mesmo

tipo de ajuda, mas reforçam que além da família, as vizinhas também prestam assistência quando necessitam.

Em assumir tarefas, somente o sexo feminino refere a ajuda que recebe por parte de membros da família ou na ausência destes por compromisso de trabalho, de vizinhas para executar os afazeres domésticos por ocasião das crises de asma. Quanto aos clientes do sexo masculino, um parou de trabalhar e um aposentou-se, ficando sem executarem tarefas, permanecendo em casa em função da doença, enquanto os outros quatro somente estudam.

Quanto a ajuda financeira, um cliente do sexo masculino refere total dependência da ajuda de sua genitora, dizendo inclusive que reside com a mulher e filhos e vivem da aposentadoria de sua mãe, enquanto no sexo feminino seis clientes relatam receber ajuda financeira do pai, marido ou filhos, que não lhes deixam faltar nada.

Dois clientes do sexo masculino relataram “*viver independente*”, pois preferem não pedir ajuda e resolverem a crise utilizando os seus próprios recursos, porque percebem o estado de inquietude e tensão em que ficam seus familiares. Enquanto no sexo feminino somente uma cliente refere não gostar de incomodar ninguém e resolver tudo de forma independente.

Uma única cliente do sexo feminino, “*reclama da doença*”, quando afirma lhe incomodar muito o fato de ser asmática e até pensar às vezes que talvez fosse melhor morrer.

Um único cliente do sexo masculino, adolescente inclusive, reclama da irmã porque a mesma conta aos seus pais o que considera de extravagâncias em seu comportamento e que lhe faz desencadear crises na maioria das vezes.

Na categoria de autocuidado por desvio de saúde vale lembrar que OREM apud GEORGE (1993), identifica cinco métodos de ajuda assim como “agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e ensinar o outro”.

A Autora acima continua afirmando que no sistema de apoio-educação (terceiro sistema de enfermagem) “a pessoa consegue executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio”. A Autora declara ainda que “na sociedade moderna espera-se que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si mesmos e pelo bem-estar de seus dependentes”.

O CONSENSO BRASILEIRO SOBRE EDUCAÇÃO EM ASMA 1, (1995), sugere um plano de educação e controle da asma, integrado ao atendimento da equipe de saúde em que se faria um levantamento das condições ambientais, pessoais e identificação de desencadeantes, onde se pesquisaria moradia, cômodos, mobília, higiene, hábitos alimentares, relacionamento interpessoal, reação a variações climáticas e as atividades diárias incluindo esporte e lazer.

O quadro 07 mostra a frequência de clientes do sexo masculino e feminino onde registram de quem recebem a ajuda quando estão em crise, como os clientes mencionaram mais de uma pessoa, as frequências são maiores do que o número de entrevistados.

**QUADRO 07 - CLIENTES AMBULATORIAIS E A REFERÊNCIA DE QUEM AJUDA
NA CRISE ASMÁTICA**

QUEM AJUDA	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
FAMÍLIA	12	33
REMÉDIOS	--	02
VIZINHOS	--	06
AMBULÂNCIA	--	01
PODER DE DEUS	--	01
APOSENTADORIA	--	01

* Ambulatório Modelo de Pneumologia HUWC-UFC

Abril a Julho de 1995.

Em família, houve doze referências de ajuda de membros da própria família por parte do sexo masculino, enquanto no sexo feminino houve trinta e três referências com o mesmo aspecto.

Em remédios, não houve referência por parte do sexo masculino e no feminino houve duas referências de que só quem ajuda por ocasião da crise são os remédios.

Em vizinhos, só há referência de ajuda por parte do sexo feminino.

Há ainda uma única referência por parte apenas do sexo feminino de que recebem ajuda do transporte de uma ambulância, do poder de Deus e de uma aposentadoria.

Segundo ELSÉN (1994), "o mundo das famílias tem se mostrado complexo, e seu processo de viver único, porém compartilhado com outras famílias e grupos. A família volta-se internamente para atender às necessidades individuais de seus membros e para solidificar-se como grupo. Ao

mesmo tempo, a família sente necessidade de estabelecer relações sociais com as demais pessoas e instituições na comunidade”.

A Autora continua falando da unidade familiar como cliente, com base em LEONARDO apud ELSEEN (1994), que se apresenta sob variados tipos ou seja, a família nuclear que é composta pelo pai, mãe e filhos, e sobre a extensa ou ramificada, onde são incluídas as diferentes gerações.

PRATT apud ELSEEN (1994), fala no desenvolvimento da noção de “energia” da família em que “uma família energizada é um grupo social efetivo, tanto no sentido de favorecer o desenvolvimento das capacidades de seus membros, como no de prover recursos, dar apoio, e cuidar dos mesmos”.

BOMAR apud ELSEEN (1994), afirma que “a saúde familiar é mais do que a ausência de doença em um membro da família; ela inclui uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais, dentro de um contexto cultural que a família vivencia enquanto sente bem-estar ou doença”. O Autor considera ainda que promover a saúde da família é desenvolver ações para aumentar o bem-estar ou a sua qualidade de vida.

Os clientes asmáticos envolvidos neste estudo mencionam como componentes de família pai, mãe, marido, mulher, filhos, irmãos. Há ainda a inclusão de uma avó, duas tias, uma sogra, uma madrinha e um namorado.

ELSEEN et al (1992), afirma que família saudável se auto-estima positivamente e que seus membros convivem e percebem-se mutuamente como família. Se estruturam e se organizam de forma a definir objetivos e utilizar meios para o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar de seus componentes. Se unem por laços de afetividade como amor e carinho, expõem sentimentos e dúvidas, participam crenças, valores e conhecimentos. Têm individualidade, conhecem e usufruem de direitos, enfrentam crises, conflitos e contradições e apoiam-se mutuamente. Atuam de forma consciente no ambiente que vivem, interagem com

outras pessoas e famílias aproximando-se, transformando e sendo transformadas. Constroem sua história de vida desenvolvendo experiências.

PARSONS apud ELSEN (1992), “descreve a família como uma instituição que atende as necessidades biológicas de seus membros, sendo sua responsabilidade o cuidar de seus filhos e criá-los, incluindo a obrigação de alimentação, higiene, vestuário e moradia”.

Em estudo de campo realizado com famílias em uma vila pesqueira de Santa Catarina, (ELSEN, 1984), constatou que “o cuidado prestado envolvia ações de promoção de saúde, de prevenção e de tratamento de doenças, incluindo as de reabilitação, baseadas em conhecimentos adquiridos a partir de sua cultura e das interações com os profissionais de saúde”. A família desenvolvia ainda um processo de cuidar com ações para observação das condições de saúde, identificação de problemas, definição da situação, tomada de decisão sobre como conduzir a situação, solicitar ajuda quando da necessidade de acompanhamento de evolução e também de avaliação.

ELSEN (1994), com base nos pressupostos de LEININGER, considera que a família realiza tarefas em diferentes estágios para os quais o cuidado é essencial para o nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência de seus membros, sendo influenciada pela cultura, pela estrutura social e pelo ambiente físico. A família também cuida, tomando como base as próprias experiências, resultado de conhecimentos populares e de convívio com profissionais de saúde. E continua “serão considerados cuidados populares aqueles prestados por pessoas da família, vizinhos, benzedeadas e parteiras da comunidade, entre outros”.

Concordamos com a Autora, porque através da análise das falas dos clientes asmáticos, constatamos que recebem ajuda de membros da família e de vizinhos. Ao trabalhar com esta clientela percebemos que nós enfermeiros podemos contribuir com o controle e tratamento dos asmáticos porque junto com suas famílias tornam-se agentes, sendo sujeito do seu próprio processo de cuidado.

Para SALOMÉ (1994), devemos ajudar o outro a se ajudar sem nos desencorajar pelos obstáculos que se apresentem, realizando uma intervenção firme e constante a serviço do ajudado, sabendo balizar nossos próprios recursos, limites, constrangimentos e alternativas possíveis, numa mobilização efetiva dos recursos do outro. Deve-se dar proteção ao ajudado porque ele tem necessidade de segurança e confiança em si mesmo para melhorar a auto-estima. Diz ainda que deve-se garantir uma continuidade no tempo e na disponibilidade no acompanhamento ao ajudado.

Para ELSEN (1994), “a família funciona como uma unidade básica de saúde para seus membros, o que leva a enfermagem a enfrentar um novo desafio: o de **cuidar de quem cuida**”.

LEININGER e CANGUILHEM apud ELSEN (1994), afirmam que a enfermagem tem compromisso com o cuidado e que o enfermeiro ao prestar cuidado utiliza os diversos componentes de cuidar, reconhecendo que a família tem sua própria visão de saúde, doença, cuidado e que também cuida.

Para PATRÍCIO apud ELSEN (1994), “assistir é muito mais que curar, é **cuidar**, mesmo que não objective ou leve à cura: cuidar para promover, manter e recuperar a saúde e também para auxiliar o homem no alcance de condições dignas de viver, pois este é um dos pressupostos básicos para haver saúde”.

A Autora acima sugere que através da prática cuidar/cuidado se valide as concepções de LEININGER “quanto a ser o **cuidado a essência da saúde e da enfermagem**, e que sua aplicação por outros enfermeiros possa auxiliar na identificação da Enfermagem como profissão entre os demais profissionais da área da saúde e na própria sociedade”.

VI - REFLETINDO OS RESULTADOS

Planejamos e realizamos um estudo descritivo exploratório com demanda ambulatorial de clientes asmáticos, onde tivemos como objetivo geral conhecer a problemática de viver e ser saudável desta clientela. O instrumento foi aplicado individualmente com perguntas abertas, para que no conteúdo das falas pudéssemos realizar uma análise qualitativa e apresentação de quadros, tabelas e gráficos, para representar a frequência numérica da identificação feita por eles próprios, dos desencadeantes de crises, sintomas, tratamentos; conhecimento da doença e dinâmica de ajuda, utilizada por estes e por seus familiares.

Conhecer sua patologia, perceber sintomas, controlar ou não desencadeantes teve representação importante, mas o que realmente consideramos significativo foi identificar a relação de ajuda existente no seio familiar.

O cliente asmático perpetua a idéia do “mal”, considera uma catástrofe e encara de forma sofrida e infeliz o fato de ser asmático e ainda, cria um medo enorme frente a ameaça de morte.

CAMPOS (1994), acredita que a asma não causa apenas sofrimento e morte, mas repercute em prejuízos sociais e financeiros, o que causa angústia e sofrimento ao cliente e familiares, acarretando gastos elevados com tratamento médico-hospitalar, medicamentos, pensões e benefícios.

Em suas falas os clientes denotam este sofrimento em expressões como “*me sinto desgostosa, me dá depressão*”; outra “*não tenho ânimo de fazer nada*”; outra “*praticamente a gente se torna um parasita*”; e “*já perdi até emprego por causa disto*”. Todos eles fizeram referência de ajuda por membros da família, incluindo até mais de um componente nesta relação. Salientamos que a ajuda prestada inclui o apoio financeiro, psicológico, a realização de tarefas, o

acompanhamento às consultas e ao pronto socorro e o cuidado através da assistência prestada no seu cotidiano. Este cuidado tem presença marcante no tratamento alternativo, através da manipulação de raízes e folhas em infusões medicamentosas cuidadosamente preparadas para o controle dos sintomas. Embora todos os clientes cumpram a prescrição do tratamento medicamentoso, vimos que a maioria associa estes, ao uso de chás e lambedores, mesmo quando não sabem a composição de sua fórmula, pois existe a crença entre eles de que a garantia deste desconhecimento pode ser mais eficaz para a cura.

LEININGER apud GEORGE (1993), define cultura como “valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas”. A Autora continua, definindo cuidado cultural como “os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humanas ou a enfrentar a morte e as deficiências”.

Os valores culturais identificados neste estudo, através de sistemas populares de cuidados, reforçam práticas de saúde e bem-estar, que acreditamos fossem considerados importantes por nós integrantes da equipe de saúde, contribuiria de forma positiva para maior valorização desta clientela.

OREM apud GEORGE (1993), identificou três modalidades de sistemas de enfermagem com a finalidade de satisfazer a demanda de autocuidado do cliente, que no caso deste estudo é asmático e se enquadra em todos eles, dependendo do momento do ciclo saúde-doença que se encontra, pois necessita do sistema totalmente compensatório quando está em crise e de terapêutica, que segundo MARRINER apud GARCIA (1989), “a enfermeira deve compensar a incapacidade total de um paciente para desempenhar ações de autocuidado”. Salientamos que o cliente asmático enquadra-se neste sistema, quando por ocasião de exacerbação de crise não

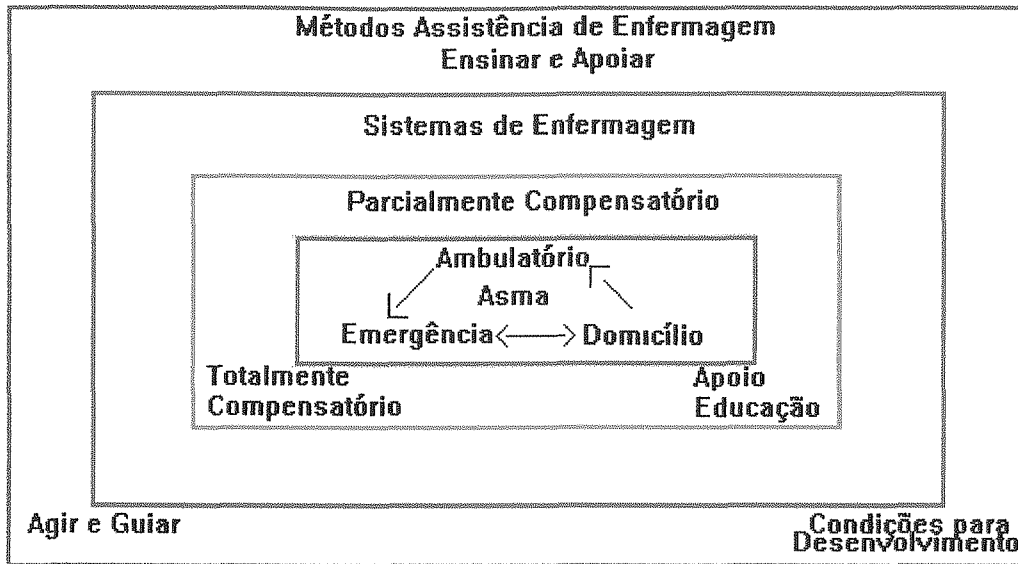
consegue superá-la em domicílio e tem que recorrer ao Serviço de Emergência buscando hospitalização, como forma de resolver sua incapacidade de autocuidar-se.

No sistema parcialmente compensatório, MARRINER apud GARCIA (1989) explica que “a enfermeira e o paciente executam medidas de autocuidados ou outras ações”, sendo utilizado este sistema quando o cliente asmático encontra-se em controle de tratamento ambulatorial, tendo demanda por medicamentos e medidas preventivas executadas em seu domicílio.

Acreditamos que se a equipe de saúde realizasse uma intervenção junto a esta clientela contribuindo a partir de um processo de apoio educativo para conscientização da necessidade da prevenção e controle de desencadeantes utilizando o terceiro sistema de enfermagem da teoria do autocuidado de OREM apud GEORGE (1993), que é o sistema de apoio-educação onde “a pessoa consegue executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio”.

A Autora mencionada declara ainda que “na sociedade moderna espera-se que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si mesmos e pelo bem-estar de seus dependentes”.

Consideramos oportuno que o ciclo percorrido pelo cliente asmático, emergência-ambulatorio-domicílio, seja interrompido no encaminhamento às emergências, capacitando-os através dos cinco métodos de ajuda de OREM apud GEORGE (1993), em que por ocasião do internamento de emergência o cliente passe por agir e guiar, no ambulatorio por apoiar e ensinar e no domicílio por condições para o desenvolvimento pessoal para tornar-se capaz de satisfazer demandas de ação.



O processo de cuidar poderá ser repadronizado, passando por uma prática educativa envolvendo a interação e aproveitamento da cultura de quem cuida com a de quem recebe cuidado, o que com certeza resultará em transformações positivas para aqueles que estiverem envolvidos no processo.

Estudiosos em asma oriundos de todo o país, discutiram este aspecto de educação durante a realização do CONSENSO BRASILEIRO SOBRE EDUCAÇÃO EM ASMA 1, (1995), com um “plano de educação e controle da asma” envolvendo um programa educativo para ser aplicado associado ao atendimento da equipe de saúde e consideraram importante que fosse adaptado às características sócio econômico culturais da população alvo. Esse programa mostraria aos participantes que o curso da doença pode ser modificado na proporção direta do engajamento do paciente ao processo de tratamento.

Consideramos ainda importante a utilização das duas categorias de tecnologias sugeridas por OREM apud GEORGE (1993), que são as tecnologias sociais ou interpessoais e as tecnologias reguladoras, visto que o cliente asmático necessita para controle da asma passar por um

processo que envolva comunicação ajustada a idade, estado de saúde, orientação sócio-cultural, relações interpessoais e intergrupais, manutenção de relações terapêuticas na saúde e na doença e mais, doação de ajuda para as capacidades de agir e de limitações. Precisa ainda manter e promover processos vitais, regulando seu funcionamento psicossocial na saúde e na doença, na busca de promoção e desenvolvimento humanos para ser saudável.

VII - CONCLUINDO O ESTUDO

Conhecer a problemática de viver e ser saudável do cliente com asma, perpassa pela compreensão que esta pessoa tem dos fatores desencadeantes e dos sintomas da doença; explorar o conhecimento que tem sobre a mesma e as formas de tratamento que utiliza.

Acreditando-se que estes desvios de saúde são atendidos de forma satisfatória ou não, com habilidades de autocuidado desenvolvidas no conviver com a doença, compreender esta dinâmica fornecerá subsídios para futuras intervenções de enfermagem com clientes asmáticos.

Os fatores desencadeantes de asma identificados pelos clientes foram os alérgenos e não alérgenos. Nos alérgenos destacam-se os alimentos, o pó domiciliar, epitélio animal, fungos, drogas e poluição. Nos não alérgenos foram os fatores emocionais, as alterações climáticas, as infecções e doenças, e as atividades de esforço.

Os sintomas identificados pelos clientes foram classificados como de broncoconstrição, de inflamação e outros. Em broncoconstrição foram incluídos dispnéia, sibilos, tosse, dor no peito e sensação de arrocho. Em inflamação foram incluídos alergia, sinusite, cefaléia, rinite, expectoração, obstrução nasal, espirro, prurido. E em outros ficaram inapetência, dormência, úlcera de esôfago, diabete e prurido vaginal.

Quanto a percepção do conhecimento da doença por parte da clientela asmática, 50% do sexo masculino manifestou conhecimento, enquanto no sexo feminino houve predominância com 58% de conhecimento.

A clientela asmática registrou em sua totalidade da amostra pesquisada o uso de tratamento medicamentoso, enquanto quatro clientes do sexo masculino e dezenove do sexo feminino utilizam concomitantemente o tratamento alternativo, através do uso de lambedores e chás preparados por seus familiares, em que na maioria das vezes os próprios clientes desconhecem a fórmula, pela crença de que só desta forma conseguirão a cura da asma. Este aspecto mostra a divisão do poder médico com os costumes e tradições populares, no controle e tratamento da asma, que se arrasta ao longo dos anos e os quais são do conhecimento dos profissionais de medicina.

Quanto a dinâmica de ajuda o relato da clientela durante a realização da pesquisa deixa evidente a participação e contribuição da família no cotidiano do cliente asmático. Seus membros intervêm firmemente nas situações de crise transmitindo segurança, confiança, amor e cuidados, garantindo continuidade e disponibilidade para o tratamento asmático. As habilidades para o autocuidado são insuficientes à manutenção da saúde e bem-estar no que se refere aos fatores desencadeantes de crise asmática e na continuidade da terapêutica medicamentosa indicando demanda de cuidado no sistema apoio-educação.

Os resultados deste estudo descritivo exploratório, apontam para a necessidade de estudo experimental, em que se teste intervenções baseadas no sistema apoio-educação, para fortalecer a estrutura de autocuidado latente na clientela. A percepção das habilidades existentes para o autocuidado e seu fortalecimento, obrigatoriamente deverá respeitar as características culturais dos clientes e seus familiares.

SUMMARY

In this study the author talks about how the asthmatic patient can live well and healthy. This theme is descriptive and exploratory, where we can see participation and observation and also, a half-structured interview. The objective of this study is to know the factors and causes of asthma under the point of view of the patient, to identify the asthmatic's symptoms, described by ambulatory patients; to know about the asthmatic's ideas of his own diseases, to register forms of common treatments and to understand the dynamic help used by them, as well as with own ability to care for themselves. First of all the results were well-structured beginning from analysis about the quantitative frequency by the presentation of graphics, schemes and under the qualitative point of view by the analysis of his language and the understanding of the patient. It confirmed our objectives and showed us the causes and symptoms of the asthma. It was also identified by the description of the factors that can cause crisis, symptoms, the medicine and alternative treatments, knowing about the disease and how to be helped during the crisis. When the patient talks about the asthmatic problem, we can note how important it is to know about asthma, mostly to avoid and to control the crisis. This study shows us that it is more important the understanding of his cultural values and beliefs and popular practices in the home care and the relationship between relatives searching for mutual help in finding the best way of living. This perception can teach them to care for each other by a new process of education and the use of educated practice in nursing assistance.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **Referências bibliográficas** - NBR - 6023. Rio de Janeiro: 1989.

_____. **Apresentação de citações** - NBR - 10520. Rio de Janeiro: 1988.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, P., Especialistas admitem efeitos medicinais da maconha. **O POVO**, Fortaleza, 03 set. 1995, p. 19 A.

CAMPOS, H.S. Asma para Clínicos. **Jornal Brasileiro de Medicina**. Rio de Janeiro, v. 66 n. 5, p. 161-174. maio 1994.

CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA 1, 1993 - Fortaleza-CE.

Resumos... Fortaleza - CE : Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia, 1993.

CONSENSO BRASILEIRO SOBRE EDUCAÇÃO EM ASMA, 1, 1995 - Fortaleza-CE.

Pré-Print. Fortaleza: Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia, 1995.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

DESLANDES, S.F. et al. **Pesquisa Social - teoria, método e criatividade**. Petrópolis- RJ: Vozes, 1994.

DUPAS, G. et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 19-26, jan/mar, 1994.

ELSEN, I. **Marcos para a Prática de Enfermagem com Famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

FISHMAN, A.P. **Diagnóstico das Doenças Pulmonares**. Tradução por Vilma Ribeiro de Souza Varga. 2. ed. São Paulo : Manole, 1992. v. 2, p. 1329-1356.

FOSSAT, A.G. **A Cura pelas Plantas -pelas folhas - pelos frutos - pelas raízes**. 8. ed. Rio de Janeiro: Mandarin, s.d.

- GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Tradução por Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-105.
- HAGUETTE, .M.T.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis-RJ:Vozes,1987.
- LUCE, M. et al. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 43, n.1/4, p. 36-43, jan/dez. 1990.
- MARRINER, A. **Modelos y Teorias de Enfermeria**. Tradução por Milagros Segura Garcia. Barcelona: ROL, 1989. p. 101-108.
- MATOS, F.J. de A. **Plantas Medicinais; guia de selsção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no Nordeste do Brasil**. Fortaleza: IOCE, 1989.
- MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1992.
- NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem-condições prévias para o autocuidado. **Rev. Bras. de Enf.**, Brasília, v. 39, n.1, p. 34-43, jan/mar, 1986.
- PLATTS - MILLS, T.A.E. Controlando os alérgenos domiciliares em pacientes asmáticos. **The Journal of Respiratory Diseases**, n.10, Suplemento 2, out. 1992.
- RIOS, J.B. de M. et al. **Alergia Clínica: Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter 1995.
- SALOMÉ, J. **Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal. familiar e profissional**. Petrópolis- R.J: Vozes, 1994.
- SHEFFER, A.L. Qual é a posição dos B2 agonistas no tratamento escalonado da asma **The Journal of Respiratory Diseases**, n. 10, Suplemento 03, out. 1992.
- SILVEIRA, I.C. da **O pulmão na prática médica: sintoma, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1992.

TARANTINO, A.B. **Doenças Pulmonares**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.p. 333-343.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo : Atlas, 1987.

ANEXO

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA A SER APLICADO COM CLIENTES PORTADORES DE ASMA

01. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO:

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____
ESCOLARIDADE: _____ ATIVIDADE PROFISSIONAL: _____

ENDEREÇO: _____

02. PERGUNTAS NORTEADORAS:

01. O que o Sr.(a) sente?
02. O que faz quando sente isso?
03. Chega a repetir a crise?
04. Por que acha que repete a crise?
05. Durante a crise como o Sr.(a) se cuida?
06. O que precisa de ajuda durante a crise?
07. Quem o ajuda?
08. Quando melhora ou piora?
09. A doença interfere na sua atividade diária?
10. A doença altera o convívio com sua família?
11. Como sua família lhe ajuda?
12. A doença causa problema financeiro?
13. O que o Sr.(a) sabe sobre a doença?
14. Com quem aprendeu?