



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

Associação da autoeficácia de pais/cuidadores com os parâmetros de controle da asma infantil
Association of self-efficacy of parents/caregivers with childhood asthma control parameters

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

Como citar este artículo:

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

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

¹ Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil.

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

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

ABSTRACT

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

DESCRIPTORS

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

Autor correspondiente:

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

Recibido: 21/02/2017
Aprobado: 17/08/2017

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica potencialmente grave que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Sin embargo, el 60% de estas son niños, población en la que la prevalencia es creciente, sobre todo en países en desarrollo⁽¹⁻²⁾.

En Brasil, en el período de un año (de 2014 a 2015), fueron registradas 129.626 hospitalizaciones por asma, siendo que el 63% corresponden al rango de edad de menores de 14 años. El Nordeste fue la región que más registró hospitalizaciones en ese período (55.876 casos) con mayor incidencia entre los niños de 01 a 04 años de edad (16.181 casos). En Ceará, ocurrieron 6.432 registros, siendo Fortaleza la responsable del 41% (2.675) de los casos⁽³⁾.

Las hospitalizaciones por asma son, en general, consecuentes del control inadecuado de la enfermedad, el que se debe a innumerables factores, tales como: ausencia de un seguimiento de ambulatorio continuo; discontinuidad en el uso de medicación profiláctica; medidas preventivas en el ambiente domiciliario inadecuadas a la realidad socioeconómica y cultural de las familias; carencia de educación y soporte familiar que posibiliten el control y la gestión de este agravamiento⁽⁴⁾.

Se subraya que el control de esa cronicidad (asma) lo pueden influenciar los factores, psicológicos, terapéuticos, ambientales y, entre ellos, los comportamentales, en que se destaca la autoeficacia⁽²⁾. La autoeficacia se conceptúa como la creencia que los individuos tienen en su capacidad de realizar acciones que influenciarán los eventos que afectan sus vidas, determinando cómo las personas se sienten, piensan, se motivan y se comportan ante los obstáculos y experiencias adversas⁽⁵⁾.

De esa manera, a autoeficacia se puede considerar un factor determinante para la promoción de comportamientos sanos. Estudio realizado en Irán con 172 madres de niños con asma constató que los niveles más elevados de autoeficacia estuvieron asociados con un mejor control del asma y con índices más elevados de calidad de vida⁽⁶⁾, por lo que se considera este concepto un importante predictor de adhesión terapéutica y un determinante del comportamiento sanitario⁽⁷⁾.

Reconociendo la importancia de los comportamientos de padres/cuidadores en el manejo y control del asma infantil, fue traducida y adaptada a Brasil la escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control* (autoeficacia y nivel de control del asma infantil)⁽⁸⁾, elaborada con base en el marco de referencia teórico de autoeficacia⁽⁵⁾ y las directrices clínicas en cuanto a los parámetros de control del asma.

La escala se dirige a los padres/cuidadores de niños con asma, trabajando dos dominios: expectativas de eficacia y expectativas de resultado. El primer dominio se refiere a la confianza en reconocer los gatillos del asma en el niño, la comprensión de las orientaciones de los profesionales sanitarios y la utilización de los dispositivos de tratamiento, como: inhaladores, espaciadores y medidores de flujo espiratorio máximo. Ahora bien, la expectativa de resultado trata de resaltar la creencia de que una buena gestión del asma del niño resultaría en

menos visitas al médico, menos visitas a los servicios de urgencia y emergencia, menos hospitalizaciones y menos días de absentismo escolar⁽⁸⁾.

De esa manera, se comprende que la autoeficacia en controlar el asma infantil contribuye a un mejor manejo del asma, resultando en la reducción de las manifestaciones de los síntomas, disminuyendo las agudizaciones^(1,9) y colaborando al alcance de los parámetros de control de modo a alcanzar el *status* de asma controlada⁽¹⁰⁾. Para ello, la comprensión de que dicha condición crónica es controlable aumenta la confianza acerca de la convivencia con ese estado sanitario, manteniendo una mejor calidad de vida⁽¹¹⁾.

Así que, ante la cronicidad y prevalencia del asma infantil, de su morbilidad e interferencia en la calidad de vida de los individuos afectados y sus familiares, además de la complejidad de su gestión y manejo, este estudio tuvo como objetivo verificar la asociación de la autoeficacia de padres/cuidadores con los parámetros de control del asma infantil.

MÉTODO

Estudio transversal, realizado a partir de la asociación de la autoeficacia con los parámetros de control y con la formación de competencias para el control del asma en la infancia, conducido en tres Unidades de Atención Primaria de Salud (UAPS) ubicadas en el barrio más poblado de Ceará, y en la quinta mayor capital de Brasil, Fortaleza, la que presenta más de 50 mil personas viviendo en condiciones precarias de salud⁽¹²⁾.

El muestreo se dio por conveniencia, de modo a que participaron en el estudio 216 padres/cuidadores de niños con asma, acompañados regularmente en nivel de ambulatorio por el Programa de Atención al Niño con Asma (PROAICA – *Programa de Atenção à Criança com Asma*) en las referidas UAPS, con diagnóstico médico de asma establecido y tratamiento inhalado prescrito (con o sin uso de espaciador). Fueron excluidos los padres/cuidadores que presentaban barreras de comunicación y que cuidaban a niños con diagnóstico de asma asociada con otras patologías pulmonares que hiciesen el asma de difícil control.

Los datos fueron recogidos por una enfermera y dos agentes comunitarias de salud (ACS), debidamente capacitadas para tal, a lo largo de seis meses, en el período de agosto de 2014 a enero de 2015, en dos etapas: en la primera, se determinó la elegibilidad de 279 potenciales participantes por medio de la revisión de fichas y la Ficha A, que se trata de un instrumento preconizado por el Ministerio de Salud, relleno por los ACS. La segunda etapa constó de visitas domiciliarias a los potenciales participantes y, a los que aceptaron participar en el estudio, se les solicitó firmar el Consentimiento Informado Libre y Aclarado.

Se optó por la visita domiciliar a los padres/cuidadores previamente seleccionados con el fin de asegurar un mayor alcance de las familias de niños con asma. En total, se llevaron a cabo 216 visitas, con aplicación del cuestionario sociodemográfico y de la escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versión brasileña.

La escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versión brasileña permite evaluar la autoeficacia de padres/cuidadores en el control del asma infantil. Esta fue traducida y validada con Coeficiente de Validez de Contenido-CVC de 0,88 y alfa de Cronbach de 0,92, estando compuesta de 16 ítems distribuidos en dos dominios (expectaciones de eficacia y expectativas de resultado de los padres/cuidadores en cuanto al control del asma de sus hijos), cuyo estándar de respuesta varía en una escala de Likert de cinco puntos (variando de “conuerdo totalmente” a “disuerdo totalmente”, con un punto neutro), con scores totales de la escala pudiendo variar de 17 a 85 puntos, de la siguiente manera: de 17 a 57 puntos, siendo considerado sumatorio de baja autoeficacia; de 58 a 67 puntos, moderada autoeficacia; y de 68 a 85 puntos, elevada autoeficacia. Se observa que cuanto mayor la puntuación, tanto mayor será la confianza en la gestión y el manejo del asma de los padres/cuidadores de niños asmáticos⁽⁸⁾.

Los parámetros considerados para establecer los niveles de control del asma infantil fueron la aparición de síntomas que exigen el uso de medicación de alivio, que culmine en la limitación de actividades físicas e intensidad de la limitación al flujo aéreo, medidos a partir de: síntomas diurnos, limitación de las actividades, síntomas/despertares nocturnos, necesidad de medicación de alivio y por la función pulmonar⁽¹⁰⁾. El *status* de asma controlada depende, asimismo, de una buena gestión y manejo para el desarrollo de habilidades y competencias⁽¹⁾.

Los datos obtenidos fueron analizados en el *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versión 20.0). Se utilizaron estadísticas descriptiva e inferencial, por medio de las pruebas Chi cuadrado y de máxima verosimilitud, estando planteado el nivel de significación del 5% ($p < 0,05$) y el intervalo de confianza del 95%.

El análisis exploratorio (frecuencias absolutas y relativas, promedios y desviaciones estándares) posibilitó comparaciones y asociaciones de las grandezas estadísticas de las variables de interés. La representación tabular permitió una comunicación visual rápida, concisa y aclaradora de los resultados obtenidos.

En lo que se refiere a los procedimientos éticos, en todas las etapas de este estudio fueron respetadas las normas nacionales que rigen la ética en investigación involucrando a seres humanos, de acuerdo con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud⁽¹³⁾. La recolección de datos fue iniciada solo después de la aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación de las instituciones involucradas, bajo el dictamen n° 562.687/2014.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 216 padres/cuidadores. Se pudo verificar, a partir de la sumatoria de la escala de los padres/cuidadores entrevistados, variación de 58 a 85 puntos. Se destaca que el 47,7% ($n=103$) obtuvieron scores de 67 puntos de la escala y la menor puntuación obtenida fue de 58 puntos, desvelando, por lo tanto, dos niveles de autoeficacia: moderada y elevada. De esa forma, fueron realizadas asociaciones con los parámetros de control del asma, la formación de competencias para el control del asma con los niveles de autoeficacia presentados por los padres/cuidadores.

La Tabla 1 ilustra la descripción de la asociación entre los scores de la escala y las variables de parámetros de control del asma. Se constaron asociaciones estadísticamente significativas entre los scores de autoeficacia y las siguientes variables: consulta médica no programada ($p=0,001$), visita a las emergencias ($p < 0,001$), hospitalizaciones en los últimos 12 meses ($p=0,005$), limitación de actividad física ($p=0,003$), absentismo escolar ($p < 0,001$) y sueño perjudicado ($p < 0,001$).

Tabla 1 – Asociación entre los scores de la escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versión brasileña y las variables de parámetros de control del asma con relación a los últimos 12 meses – Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Variable	Moderada (58-67 puntos)		Elevada (68-85 puntos)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Consulta médica no programada (n=193)					13,950 ^a	0,001
Ninguna	94	69,1	42	30,9		
1 a 2	12	41,4	17	58,6		
3 ó más	11	39,3	17	60,7		
Visita a la emergencia (n=202)					15,896 ^a	<0,001
Ninguna	101	70,6	42	29,4		
1 a 2	12	41,4	17	58,6		
3 ó más	11	40,0	18	60,0		
Hospitalizaciones (n=203)					7,926 ^a	0,005
Ninguna	115	65,3	61	34,7		
1 a 4	10	37,0	17	63,0		
Limitación de actividad física (n=208)					13,737 ^a	0,003
Frecuentemente	3	21,4	11	78,6		
A veces	10	50,0	10	50,0		
Casi nunca	28	65,1	15	34,9		
Nunca	90	68,7	41	31,3		
Absentismo escolar (n=203)					26,640 ^a	<0,001
Frecuentemente	3	20,0	12	80,0		
A veces	10	52,6	9	47,4		
Casi nunca	18	56,2	14	43,8		
Nunca	95	73,6	34	26,4		
No está en edad escolar	2	25,0	6	75,0		
Sueño perjudicado (n=211)					26,263 ^a	<0,001
Sí	7	22,6	24	77,4		
No	127	70,6	53	29,4		

^a Chi cuadrado.

Fuente: Elaborado por los autores.

La asociación entre los scores de la escala y las variables de formación de competencias para el control del asma en niños fue analizada conforme a la Tabla 2. De esa forma, la autoeficacia de los padres/cuidadores en controlar el asma del niño puede influenciarla las

siguientes variables: saber diferenciar medicación de crisis de la medicación de control ($p=0,024$), uso de espaciador ($p=0,001$), realizar higiene oral tras el uso de corticoide inhalado ($p=0,003$) y conocimiento de la gratuidad de la medicación ($p=0,004$).

Tabla 2 – Asociación entre los scores de la escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versión brasileña y las variables de formación de competencias para el control del asma – Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

Variable	Moderada (58-67)		Elevada (68-85)		χ^2 ^a	P
	N	%	N	%		
Sabe diferenciar medicación de crisis y de control (n=153)					5,114 ^a	0,024
Sí	78	67,8	37	32,2		
No	18	47,4	20	52,6		
Uso de espaciador (n=191)					11,449 ^a	0,001
Sí	16	39,0	25	61,0		
No	2	68,0	48	32,0		
Escalda el espaciador (n=48)					485 ^a	0,486
Sí	3	30,0	7	70,0		
No	16	42,1	22	57,9		
Realiza higienización oral tras corticoide inhalado (n=147)					8,937 ^a	0,003
Sí	82	65,6	43	34,4		
No	7	31,8	15	68,2		
Recibió información acerca del control de síntomas del asma (n=147)					2,583 ^a	0,108
Sí	128	64,3	71	35,7		
No	6	42,9	8	57,1		
Tiene conocimiento acerca de la gratuidad de la medicación (n=213)					8,080 ^a	0,004
Sí	132	64,3	67	33,7		
No	4	42,9	10	71,4		

* Chi cuadrado.

Fuente: Elaborado por los autores.

DISCUSIÓN

Los mejores scores de autoeficacia presentados por padres/cuidadores de niños asmáticos pueden favorecer la remisión de los síntomas presentados⁽¹⁴⁾. En ese sentido, en el presente estudio, se evidenció que la autoeficacia moderada o elevada de padres/cuidadores contribuyó al alcance de parámetros satisfactorios de control del asma infantil, tales como: ninguna visita médica no programada, ninguna visita a las emergencias hospitalarias, ausencia de hospitalización, ninguna limitación de actividad física, ningún absentismo escolar y sueño no perjudicado.

Se subraya que cuadros de asma no controlada resultan en la búsqueda por los servicios de urgencia e ingresos hospitalarios⁽¹⁵⁾. De esa manera, estudio llevado a cabo en Carolina del Norte (EE.UU.) confirma que, a pesar de las directrices de gestión de la enfermedad, de los avances en el tratamiento farmacológico y los fuertes indicios de la actuación de los fármacos de control sobre las crisis de asma, todavía se están manteniendo elevados números de visitas médicas y estancias hospitalarias por esta causa⁽¹⁶⁾.

Además, investigaciones realizadas han demostrado que muchos niños asmáticos no alcanzan el control de la enfermedad en virtud del espacio existente entre la práctica de cuidado recomendada y el ejercido⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. A tal efecto, conocimiento, actitudes y prácticas de los padres deben incluirse en la atención clínica de rutina, pues expresan, frente al asma, la confianza con relación a la gestión y la eficiencia en el proceso de cuidar⁽¹⁸⁾.

Se destaca que experiencias positivas en el cuidado del niño favorecen una mayor autoeficacia percibida, pudiendo afectar las elecciones y el desempeño de las personas, determinando cómo estas se sienten, piensan, se motivan y se portan. La autoeficacia percibida tiene influencia directa sobre las elecciones, determinando cuánto esfuerzo van a gastar y cuánto tiempo van a persistir ante los obstáculos y experiencias molestas⁽⁵⁾.

En lo que se refiere a la actividad física, la variable presentó relación significativa con los scores de la escala, demostrando que la autoeficacia tiene asociación con la mejoría de los cuidados prestados a los niños. Resultados de un metaanálisis afirman que la actividad física en la infancia puede funcionar como un factor protector para las crisis de asma. Siendo así, niños y adolescentes que presentan una baja práctica de actividad física tienden a presentar empeoramiento de los síntomas de la enfermedad ya instalada⁽¹⁹⁾.

Se sabe que muchos niños con asma evitan o están impedidos por los padres de realizar actividades físicas y de participar de juegos más fatigantes. Sin embargo, dichas actitudes pueden falsear o interferir en la evaluación de los parámetros de control del asma, que en la infancia está basada en los síntomas, con limitaciones impuestas por la enfermedad y la necesidad de uso de medicación de rescate. La evaluación cuidadosa del impacto del asma en las actividades diarias de un niño es importante, incluyendo actividades que requieren algún tipo de esfuerzo físico⁽¹⁾.

El absentismo escolar y el sueño perjudicado son aspectos de relevancia en lo que se refiere a la autoeficacia

en llevar a cabo una gestión favorable para el control del asma en niños. Ese hallazgo converge con los datos de un estudio realizado en Miami-Dade (EE.UU.), en donde se afirma que el asma no controlada es la principal causa de absentismo escolar en el país⁽²⁰⁾. Además, otro estudio realizado en los EE.UU. constató que niños en edad escolar con sueño perjudicado, por presentar asma fuera de control, tenían menor rendimiento escolar y dificultades para mantenerse alerta durante las clases⁽²¹⁾. Vale resaltar que se considera el sueño como un fuerte predictor para la promoción de la salud⁽²²⁾.

En ese contexto, el desarrollo de competencias para saber diferenciar medicación de crisis y medicación de control, así como sobre el uso de espaciador están asociadas a mejores scores de autoeficacia en el presente estudio. Se sabe que la educación, asociada con el tratamiento farmacológico, es fundamental en el manejo del asma, debiendo ser parte integral del cuidado con pacientes de cualquier edad, sobre todo con niños⁽¹⁰⁾.

Es importante que a los padres y/o cuidadores les orienten los profesionales sanitarios, debiendo brindárseles soporte para autogerencia, como un plan de acción escrito con reevaluación regular⁽²¹⁾. De esa forma, la gestión eficaz del asma requiere que personas con ese agravamiento o cuidadores adquieran conocimientos, habilidades y confianza para asumir un papel importante en la gestión de esta condición, reduciendo así la morbilidad y mejorando los niveles de control⁽¹⁾.

Es oportuno que los padres/cuidadores de niños con asmas tengan conocimientos necesarios para la prevención de efectos adversos, siendo los más comunes: disfonía, caries dental y candidiasis oral. Dichos efectos pueden ser causados debido a la administración de altas dosificaciones de corticosteroides inhalados, lo que ocurre en general por la falta de eficacia en la gestión del tratamiento⁽²³⁾. Sin embargo, el riesgo potencial puede minimizarse por el uso del espaciador y la realización de higiene tras la aplicación⁽¹⁰⁾.

Los hallazgos también señalaron que hubo asociación significativa entre el conocimiento de la gratuidad de la medicación y la autoeficacia en controlar el asma infantil. Resultados semejantes fueron constatados en un estudio⁽²⁴⁾ desarrollado en Brasil, evidenciando que con el conocimiento y el acceso a la gratuidad de fármacos por el programa Farmacia Popular (beclometasona y salbutamol), las tasas de hospitalizaciones por asma redujeron en el 33,57%, representando un ahorro del 51% en los gastos financieros del sistema sanitario con hospitalizaciones relacionadas con el asma.

La maximización del acceso a la medicación, con garantías de uso de acuerdo con un plan de acción, asociada con una técnica adecuada en el uso de los dispositivos inhalados, se constituye en factor primordial en la gestión de

exacerbaciones de asma y la prevención de episodios severos de la enfermedad⁽²⁴⁻²⁵⁾.

El presente estudio transversal que describe la asociación entre las variables estudiadas no permite establecer la relación entre causa y efecto. Sin embargo, permite identificar la prontitud con la que niveles elevados de autoeficacia pueden influenciar el control del asma en un determinado período de tiempo. En virtud de eso, se sugiere la realización de estudios experimentales randomizados utilizando la *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versión brasileña para evaluar intervenciones que tengan como fin contribuir al control del asma en la infancia.

CONCLUSIÓN

El estudio evidencia una relación significativa de la autoeficacia de los padres/cuidadores de niños con asma infantil con los parámetros de control y con la formación de competencias necesarias para alcanzar dicho control. De ese modo, se constata que niveles elevados de autoeficacia contribuyen directamente al control del asma e, como consecuencia, a la promoción de la salud de dichos niños y sus familias.

Con base en los resultados obtenidos y considerándose el objetivo propuesto en esta investigación, se concluye que los parámetros de control del asma infantil asociados con la autoeficacia de padres/cuidadores de niños con asma fueron: ninguna visita médica no programada, ninguna visita a las emergencias hospitalarias, ausencia de hospitalización, ninguna limitación de actividad física, ningún absentismo escolar y sueño no perjudicado.

Tratándose de la formación de competencias de padres/cuidadores de niños con asma que lograron asociación con niveles elevados de autoeficacia evidenciados en el presente estudio, fueron: saber diferenciar medicación de crisis y medicación de control, hacer uso del espaciador, realizar la higiene oral tras el uso de corticoide inhalado, así como conocer la gratuidad de la medicación.

Como limitación del estudio, se cita la pérdida de muestreo (n=63) en la realización de las visitas domiciliarias debido a características de la comunidad visitada, tales como cambio frecuente de domicilio, violencia urbana del territorio adscrito y dificultades de acceso a las zonas de dunas.

Se subraya que la actuación del enfermero puede auxiliar substancialmente a las familias a elevar los niveles de autoeficacia, mediante orientaciones dirigidas a la formación de competencias para el dominio de complejidades para una buena gestión del asma en la infancia. Por lo tanto, se afirma que durante la consulta de enfermería se pueden identificar los factores capaces de influenciar la adhesión al tratamiento, así como involucrar al niño y a la familia en el proceso de salud-enfermedad.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre autoeficácia dos pais/cuidadores e parâmetros de controle da asma na infância. **Método:** Estudo transversal com pais/cuidadores de crianças com asma. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico e pela escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versão brasileira. **Resultados:** Participaram do estudo 216 pais/cuidadores. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre os escores de autoeficácia e as seguintes variáveis: consulta médica não

programada ($p=0,001$), visita às emergências ($p<0,001$), hospitalizações nos últimos 12 meses ($p=0,005$), limitação de atividade física ($p=0,003$), absenteísmo escolar ($p<0,001$), sono prejudicado ($p<0,001$), saber diferenciar medicação de crise da medicação de controle ($p=0,024$), uso de espaçador ($p=0,001$), realiza higiene oral após o uso de corticoide inalatório ($p=0,003$) e conhecimento da gratuidade da medicação ($p=0,004$). **Conclusão:** O estudo evidencia uma relação significativa da autoeficácia dos pais cuidadores de crianças com asma infantil com os parâmetros de controle e com a formação de competências necessárias para alcançar este controle.

DESCRITORES

Criança; Asma; Cuidadores; Autoeficácia; Enfermagem Pediátrica.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la asociación entre la autoeficácia de padres/cuidadores y los parámetros de control del asma en la infancia. **Método:** Estudio transversal con padres/cuidadores de niños con asma. Los datos fueron recogidos mediante cuestionario sociodemográfico y por la escala *Self-efficacy and their child's level of asthma control*: versión brasileña. **Resultados:** Participaron en el estudio 216 padres/cuidadores. Fue encontrada asociación estadísticamente significativa entre los scores de autoeficácia y las siguientes variables: consulta médica no programada ($p=0,001$), visita a las emergencias ($p<0,001$), hospitalizaciones los últimos 12 meses ($p=0,005$), limitación de actividad física ($p=0,003$), absentismo escolar ($p<0,001$), sueño perjudicado ($p<0,001$), saber diferenciar medicación de crisis de la medicación de control ($p=0,024$), uso de espaciador ($p=0,001$), realiza higiene oral tras el uso de corticoide inhalado ($p=0,003$) y conocimiento de la gratuidad de la medicación ($p=0,004$). **Conclusión:** El estudio evidencia una relación significativa de la autoeficácia de los padres cuidadores de niños con asma infantil con los parámetros de control y con la formación de competencias necesarias para alcanzar este control.

DESCRIPTORES

Niño; Asma; Cuidadores; Autoeficácia; Enfermería Pediátrica.

REFERENCIAS

1. Global Initiative for Asthma. Pocket guide for health professionals, updated 2015. [Internet]. Bethesda: GINA; 2015 [cited 2016 June 9]. Available from: http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/01/GINA_Pocket_2015.pdf
2. Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2014 [Internet]. New Zealand; 2014 [cited 2016 June 9]. Available from: http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de Saúde. Epidemiologia e morbidade [Internet]. Brasília: MS; 2016 [citado 2016 jun. 9]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
4. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2017 [Internet]. Bethesda: GINA; 2017 [cited 2017 May 1]. Available from: <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
5. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. J Manag. [Internet]. 2012 [cited 2016 June 9];31(1):9-44. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0149206311410606>
6. Rajabi R, Forozy M, Fuladvandi M, Eslami H, Asadabady A. The effect of family-centered empowerment model on the knowledge, attitudes and self-efficacy of mothers of children with asthma. Iran Red Crescent Med J [Internet]. 2016 [cited 2017 May 10];5(4):41-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005427/>
7. Johnson MAJ, Javalkar K, Tilburg M, Haberman C, Rak E, Ferris ME. The relationship of transition readiness, self-efficacy, and adherence to preferred health learning method by youths with chronic conditions. J Pediatr Nurs. 2015;30(5):e83-90.
8. Gomes ALA, Ximenes LB, Mendes ERR, Teixeira OCM, Joventino ES, Javorski M. Translation and cultural adaptation of the self-efficacy and their child's level of asthma control scale: Brazilian version. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 20]; 25(3):e2950015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07022016002950015>
9. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
10. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da para o manejo da asma. J Bras Pneumol. 2012;38(1 Supl):1-46.
11. Warren F, Seymour RB, Brunner HLR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. J Commun Health. 2012;37(1):15-24.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2016 mar. 12]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: CNS; 2012 [citado 2017 fev. 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Mohajjel AA, Hasankhani H, Gharemmohammadlu R, Esmaeily M. Relation of patients self-efficacy with control of asthma symptoms. J Gorgan Uni Med Sci. 2013;15(2):70-6.
15. Akinbami LJ, Moorman JE, Bailey C, Zahran HS, King M, Johnson CA, et al. Trends in asthma prevalence, health care use, and mortality in the United States 2001-2010. NCHS Data Brief. 2012;(94):1-8.
16. Andrews AL, Teufel RJ, Basco Jr WT. Low rates of controller medication initiation and outpatient follow-up after emergency department visits for asthma. J Pediatr. 2012;160(2):325-30.
17. Carroll D, Wildhaber J, Brand PLP. Parent misperception of control in childhood/adolescent asthma: the room to breathe survey. Eur Respir J. 2012;39(1):90-6.

18. Zhao J, Shen K, Xiang L, Zhang G, Xie M, Bai J. The knowledge, attitudes and practices of parents of children with asthma in 29 cities of china: a multi-center study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2013 [cited 2016 July 14];13:20. Available from: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-20>
19. Lochte L, Nielsen KG, Petersen PE, Platts-Mills TAE. Childhood asthma and physical activity: a systematic review with meta-analysis and Graphic Appraisal Tool for Epidemiology assessment. *BMC Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2016 July 20];16:50. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0571-4>
20. Page TF, Beck-Sague CM, Pinzon-Iregui MC, Cuddihy A, Tyler T, Forno E, et al. Asthma in underserved schoolchildren in Miami, Florida: results of a school- and community-based needs assessment. *J Asthma*. 2013;50(5):480-7.
21. Pinnock H, Parke HL, Panagioti M, Daines L, Pearce G, Epiphaniou E, et al. Systematic meta-review of supported self-management for asthma: a healthcare perspective. *BMC Med* [Internet]. 2017 [cited 2017 July 27];15:64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356253/>
22. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev*. 2012;16(3): 213-22.
23. Harrington H, Prado N, Barry S. Treating asthma patients. *Dental Abstracts* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 8];62(2):91-3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.denabs.2016.07.034>
24. Comaru T, Pitrez PM, Friedrich FO, Silveira VD, Pinto LA. Free asthma medications reduces hospital admissions in Brazil (Free asthma drugs reduces hospitalizations in Brazil). *Respir Med*. 2016;121:21-25.
25. Cohen S, Berkman N, Avital A, Springer C, Kordoba L, Haklai Z, et al. Decline in asthma prevalence and severity in Israel over a 10-year period. *Respiration*. 2015;89(1):27-32.

