

Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas*

Impact that an educational intervention carried out by community health agents has on environmental conditions in the households of children with asthma

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano, Marinus de Moraes Lima,
Gabriela Cunha Schechtman Sette, Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho,
Luciane Soares de Lima

Resumo

Objetivo: Verificar o impacto de uma intervenção educativa problematizadora sobre o controle ambiental para aeroalérgenos, conduzida por agentes comunitários de saúde, nos domicílios de crianças com asma. **Métodos:** Estudo prospectivo de intervenção. Foram visitados 95 domicílios com crianças (faixa etária de 2-10 anos) com episódios recorrentes de dispneia e sibilância no município de Iguatu (CE). A intervenção educativa envolveu grupos focais com agentes comunitários de saúde com a problematização sobre medidas educativas a serem implementadas. Após a intervenção, 84 domicílios foram revisitados e reavaliados. **Resultados:** Após a intervenção, houve uma redução significativa na limpeza do piso com vassoura ($p = 0,02$), no uso de fogão a carvão ($p = 0,001$) e no número de bichos de pelúcia no domicílio ($p = 0,05$). Houve uma melhoria significativa no controle ambiental para aeroalérgenos nos quartos das crianças após a intervenção ($p = 0,003$). **Conclusões:** A intervenção educativa mostrou ser uma importante ferramenta junto à população estudada, minimizando os aspectos negativos das condições ambientais dos domicílios das crianças asmáticas.

Descritores: Asma; Atenção primária à saúde; Programa saúde da família; Educação em saúde.

Abstract

Objective: To determine the impact that an educational intervention employing problem-solving strategies for the environmental control of aeroallergens has on environmental conditions in the households of children with asthma. The intervention was carried out by community health agents. **Methods:** This was a prospective intervention study. The community health agents visited 95 households in which there were children (2-10 years of age) who had recurrent episodes of wheezing and dyspnea. All of the households investigated were in the city of Iguatu, Brazil. The educational interventions involved focus groups and community health agents. The focus groups were asked to brainstorm the educational measures to be implemented, in order to devise problem-solving strategies. After the intervention, 84 households were revisited and reevaluated. **Results:** After the intervention, there was a significant decrease in the use of brooms for cleaning the floor ($p = 0.02$), in the use of coal-burning stoves ($p = 0.001$), and in the number of stuffed toys ($p = 0.05$). There was also a significant post-intervention improvement in the environmental control of aeroallergens in the bedrooms of the children ($p = 0.003$). **Conclusions:** The educational intervention applied in this study proved to be an important tool for the target population, improving environmental conditions in the households of children with asthma.

Keywords: Asthma; Primary health care; Family health program; Health education.

* Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Wanderleya de Lavor Coriolano. Rua Rodrigues Ferreira, 45, Bloco G, apto. 1501, Várzea, CEP 50810-020, Recife, PE, Brasil.

Tel. 55 81 2126-8543. E-mail: wandenf@yahoo.com.br

Apoio financeiro: Maria Wanderleya de Lavor Coriolano é bolsista de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Recebido para publicação em 3/10/2010. Aprovado, após revisão, em 15/3/2011.

Introdução

A asma é uma doença inflamatória crônica, com alta morbidade, principalmente em crianças, que gera elevados custos para o sistema de saúde e impactos negativos para a qualidade de vida da criança e de sua família. No seu quadro clínico estão presentes sintomas recorrentes de dispneia, tosse crônica e sibilância; a periodicidade dos sintomas geralmente é de três ou mais episódios de sibilância no último ano, com variabilidade sazonal dos sintomas.⁽¹⁻⁴⁾

Estudos têm estimado uma prevalência global em torno de 20% para o Brasil, assumindo-se como a terceira causa de hospitalizações em crianças.^(2,5,6)

Essas hospitalizações, por sua vez, acarretam elevados custos para o sistema de saúde, decorrentes da falta de controle da doença, a qual se deve a inúmeros fatores, tais como a falta de acompanhamento ambulatorial contínuo,⁽⁷⁾ a falta de uso de medicação profilática no período intercrises, a carência de educação e de suporte familiar⁽⁸⁾ que possibilitem o reconhecimento da crise, a falta de medidas para a minimização dos fatores desencadeantes e a falta de implementação de medidas preventivas no ambiente domiciliar adequadas à realidade socioeconômica e cultural das famílias.

Nessa perspectiva, a educação do paciente/família se constitui um dos principais pilares na abordagem da criança asmática, passando todas as etapas que envolvem o tratamento.

Na atenção básica, a qual proporciona um melhor conhecimento das condições de vida, de saúde e de doença da população, o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido considerado um personagem de interesse graças a algumas particularidades, como residir no local de atuação, exercer suas atividades junto aos usuários, principalmente por meio de visitas domiciliares, e conhecer com profundidade os problemas de saúde da comunidade, o seu modo de viver e a sua cultura.⁽⁹⁻¹¹⁾ Por outro lado, esse trabalhador necessita de informações provenientes da área técnico-científica em linguagem clara e objetiva, que servirão como instrumento de trabalho junto à comunidade.

Com base no exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar os efeitos de uma intervenção educativa problematizadora sobre o controle ambiental para aeroalérgenos, realizada por ACS, e a possível repercussão dessa ação

nos domicílios de crianças com asma atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município no Brasil.

Métodos

Estudo prospectivo, exploratório, do tipo antes e depois,⁽¹²⁾ baseado na avaliação das condições ambientais para aeroalérgenos em domicílios de crianças asmáticas antes e depois de uma intervenção educativa realizada com ACS de três ESF.

O local do estudo foram três bairros com condições de vida semelhantes no município de Iguatu, localizado na região centro-sul do estado do Ceará.

Utilizou-se, como critério de definição de asma, o quadro clínico determinado por episódios de dispneia e sibilância por mais de três vezes no último ano, com melhora do quadro após o uso de um broncodilatador de curta duração.^(3,4)

Após o levantamento inicial das possíveis crianças que teriam seus domicílios visitados, foram recrutados os ACS das três ESF para a localização dos domicílios e a proposição de uma intervenção educativa a ser realizada, caso os participantes se interessassem. Com as informações fornecidas pelos ACS, foram localizados 95 domicílios que preencheram os seguintes critérios de inclusão: haver ao menos uma criança na faixa etária de 2-10 anos, com episódios recorrentes de dispneia e sibilância, e cujos pais ou responsáveis concordaram em participar do estudo em todas as suas fases. A escolha por crianças acima de 2 anos foi devida à dificuldade do diagnóstico de asma em crianças abaixo dessa faixa etária. Dos 95 domicílios selecionados, 11 foram excluídos da pesquisa pelo fato de que as famílias mudaram de residência antes do término do estudo. Dessa forma, as famílias de 84 domicílios completaram a fase de reavaliação das condições ambientais.

As visitas iniciais ocorreram entre os meses de dezembro de 2008 e fevereiro de 2009. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: um formulário contendo campos para o registro de variáveis biológicas (sexo, idade e história familiar para alergias), socioeconômicas e demográficas (renda, escolaridade do cuidador, número de pessoas no domicílio e número de cômodos), além da pesquisa de fatores desencadeantes (fumo e infecções das vias

aéreas superiores) e de cuidados ambientais (limpeza do piso e móveis); e um instrumento de controle ambiental proposto pelo Centro de Orientação do Alérgico do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, que consiste em um roteiro para a observação domiciliar da sala e do quarto, sendo considerado como controle ambiental adequado a pontuação menor ou igual a 15 e como controle ambiental inadequado a pontuação maior que 15. Esse roteiro aborda questionamentos referentes às condições do quarto e da sala do domicílio, enfocando tapetes, cortinas, camas, cobertores, umidade no ambiente, presença de animais e de vasos com plantas, existência de fumantes no domicílio e presença de irritantes no ambiente.

Nas ESF que atendiam os domicílios selecionados, havia 34 ACS. Todos aceitaram participar da intervenção educativa com o uso de metodologias problematizadoras, e tal intervenção foi realizada no período entre março e maio de 2009. Os participantes foram divididos em três grupos focais,⁽¹³⁻¹⁵⁾ de acordo com as ESF às quais pertenciam, sendo realizados cinco encontros com cada grupo focal.

Foram abordados na intervenção educativa os seguintes temas: conceito de asma, uso de medicação inalatória, fatores desencadeantes e cuidados preventivos a serem implementados nos domicílios visitados durante a primeira etapa da pesquisa.

Delimitou-se a quantidade mínima de quatro visitas a serem realizadas pelos ACS nos domicílios visitados na fase inicial do estudo, com fornecimento de informações relacionadas à asma e ênfase no controle ambiental do domicílio.

A revisitação dos domicílios pela pesquisadora ocorreu 60 dias após o término da intervenção educativa, entre os meses de julho e agosto de 2009, para verificar as condições ambientais, com a aplicação dos mesmos instrumentos, a saber, o formulário com questionamentos sobre fatores desencadeantes e cuidados ambientais e o instrumento de avaliação ambiental aplicados na primeira etapa.

Os dados coletados foram digitados com dupla entrada em um banco de dados no programa Epi Info, versão 6.04.

Os resultados referentes ao perfil biológico, socioeconômico e demográfico tiveram uma análise descritiva, e os dados referentes à

avaliação ambiental tiveram uma abordagem analítica, por meio do teste do qui-quadrado, correção de Yates e teste exato de Fisher. O nível de significância estatística adotado foi de $p \leq 0,05$.

O estudo obedeceu à Declaração de Helsinque e à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número CAAE 0275.0.172.000-08. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A média de idade das crianças asmáticas foi de $5,06 \pm 2,64$ anos, e a média do número de residentes no domicílio e do número de cômodos por domicílio da população estudada foi de, respectivamente, $4,86 \pm 1,83$ e $4,75 \pm 1,55$.

Na Tabela 1, apresentam-se os dados relativos ao perfil biológico, socioeconômico e

Tabela 1 - Perfil biológico, socioeconômico e demográfico das crianças/famílias dos domicílios visitados. Iguatu (CE), 2009.

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Masculino	50	59,5
Feminino	34	40,5
Grau de parentesco do cuidador		
Mãe	63	75,0
Irmão	1	1,2
Avó	20	23,8
Escolaridade do cuidador, anos de estudo		
0	7	8,3
1-3	13	15,5
4-6	25	29,8
7-11	38	45,2
> 11	1	1,2
Renda familiar, salários mínimos		
< 1	28	33,3
1-2	42	50,0
2-3	11	13,1
> 3	3	3,6
História familiar de alergia		
Sim	49	58,3
Não	35	41,7
Local de trabalho da mãe		
Fora de casa	30	35,7
Em casa	53	63,1
Não se aplica	1	1,2

demográfico das crianças/famílias dos domicílios visitados.

Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores, a maioria tinha 7-11 anos de estudo ($n = 38$; 45,2%), e, em relação à renda familiar, a maioria dos entrevistados recebia 1-2 salários mínimos ($n = 42$; 50,0%). Verificou-se que 53 mães (63,1%) trabalhavam no domicílio.

A Tabela 2 aborda os fatores desencadeantes para a asma existentes nos domicílios das crianças com asma. Após a intervenção, houve diferenças significativas na limpeza dos pisos com vassoura ($p = 0,02$) e no uso de fogões a carvão ($p = 0,001$).

A Tabela 3 apresenta as condições ambientais dos quartos/locais nos quais as crianças asmáticas dormiam (em alguns casos, na sala ou cozinha) antes e depois da intervenção educativa. Houve uma diferença estatisticamente significativa no número de bichos de pelúcia após a intervenção ($p = 0,05$).

A Tabela 4 aborda o controle ambiental nos domicílios visitados, sendo possível observar que os participantes afirmaram ter recebido orientações sobre o controle ambiental que foram significativas na sua realidade ($p = 0,002$). Apesar disso, 16 cuidadores (19,0%) afirmaram nunca ter recebido orientações sobre o controle ambiental mesmo após a intervenção.

Houve uma melhora significativa no controle ambiental dos quartos/locais onde as crianças dormiam ($p = 0,003$) após a intervenção, mas

não houve uma diferença significativa no controle ambiental da sala ($p = 0,68$).

Discussão

A utilização de ferramentas educativas para a educação em asma dos ACS e, subsequentemente, a atuação desses trabalhadores nos domicílios de crianças asmáticas, com vistas a melhorar as condições ambientais desses domicílios, evidenciou mudanças em alguns itens pesquisados, apesar de a mensuração ter sido realizada em um curto espaço de tempo.

Vale ressaltar que se trabalhou com uma população de baixo poder aquisitivo, com escassas informações sobre os cuidados ambientais em relação à asma na fase inicial do estudo e com dificuldades na implementação de medidas que exigissem aporte de recursos financeiros.

A preocupação com intervenções educativas em relação à asma que dêem conta de diminuir urgências e internações hospitalares, assim como faltas à escola e ao trabalho, tem sido uma temática extensivamente estudada a nível internacional, nas quais as abordagens e os métodos assumem uma configuração diferenciada.

Em um estudo randomizado realizado no Reino Unido com 567 adultos com asma persistente, foram formados dois grupos (um recebendo intervenção educativa nos cuidados em asma por enfermeiros e outro recebendo

Tabela 2 – Possíveis fatores predisponentes e/ou desencadeantes nos domicílios de crianças com asma antes e depois de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde ($n = 84$). Iguatu (CE), 2009.

Variáveis	Antes da intervenção		Depois da intervenção		p
	n	%	n	%	
Fumantes no domicílio					
Sim	39	46,4	37	44,0	0,87*
Não	45	35,6	47	56,0	
Limpeza dos móveis					
Pano úmido	39	46,4	36	42,9	0,76**
Pano seco	09	10,7	12	14,3	
Uso de lustra móveis	36	42,8	36	42,8	
Limpeza do piso com vassoura					
Sim	68	80,9	54	64,3	0,028*
Não	16	19,1	30	35,7	
Fogão a carvão					
Sim	35	41,7	19	22,6	0,01*
Não	49	58,3	65	77,4	

*Teste do qui-quadrado com correção de Yates. **Teste do qui-quadrado.

Tabela 3 – Condições ambientais dos quartos das crianças asmáticas antes e depois de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde (n = 84). Iguatu (CE), 2009.

Variáveis	Antes da intervenção		Depois da intervenção		p*
	n	%	n	%	
Tapetes					
Sim	32	38,1	30	35,7	0,87
Não	52	61,9	54	64,3	
Cortinas					
Sim	27	32,1	32	38,1	0,59
Não	57	67,9	52	61,9	
Umidade na parede do quarto					
Sim	29	34,5	19	22,6	0,12
Não	55	65,5	65	77,4	
Ambiente arejado					
Sim	33	39,2	38	45,2	0,53
Não	51	60,8	46	54,8	
Animais domésticos					
Sim	41	48,8	43	51,2	0,88
Não	43	51,2	41	48,8	
Rede de dormir					
Sim	39	46,4	47	56,0	0,28
Não	45	53,6	37	44,0	
Lavagem da rede					
1 x por semana	26	66,7	38	80,9	-
15/15 dias	11	28,2	07	14,9	
1 x por mês	02	5,1	02	4,2	
Bichos de pelúcia					
Sim	11	13,1	03	3,6	0,05
Não	73	86,9	81	96,4	

*Teste do qui-quadrado com correção de Yates.

essa por leigos treinados para essa atividade). Ambos os grupos forneciam planos de ação individualizados para os pacientes, e esses eram acompanhados também por telefone. Foram encontrados resultados semelhantes nos dois grupos no que se referem às visitas médicas não programadas, cursos de corticosteroides e satisfação com o atendimento.⁽¹⁶⁾ Entretanto, no presente estudo, esse aspecto não foi analisado, mas sim a mudança no controle ambiental, a qual de fato existiu, indicando que a maioria dos ACS apreendeu o conteúdo e forneceu informações para os cuidadores, o que resultou em alguma mudança no ambiente no que se refere a aeroalérgenos.

O estudo do Reino Unido acima mencionado sinaliza que profissionais de nível médio, tais como os ACS, podem fornecer orientações adequadas para a realidade do paciente asmático quando apropriadamente treinados, permitindo

uma melhor adequação ao controle ambiental para aeroalérgenos, o que talvez possa induzir uma melhor qualidade de vida do paciente. Esse dado, contudo, não foi objeto do presente estudo e, portanto, não foi analisado.

Em um estudo realizado no Canadá com crianças, adolescentes e seus pais em pequenos grupos focais de seis a oito famílias, com duração de quatro semanas, nos quais eram utilizados cartilhas educativas, folhetos e troca de experiências entre as famílias, no período de um ano, foi encontrada uma redução significativa na taxa de hospitalizações, nos cursos com corticosteroides orais e no número de dias de faltas ao trabalho dos pais.⁽¹⁷⁾ Esses resultados diferiram daqueles do estudo no Reino Unido,⁽¹⁶⁾ o que nos alerta para o cuidado que devemos ter com as generalizações e que sempre há de se considerar as características socioeconômicas e culturais da população.

Tabela 4 - Controle ambiental nos domicílios de crianças asmáticas antes e depois de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde (n = 84). Iguatu (CE), 2009.

Variáveis	Antes da intervenção		Depois da intervenção		p*
	n	%	n	%	
Orientações de controle ambiental pelo ACS					
Sim	49	58,3	68	81,0	0,002
Não	35	41,7	16	19,0	
Controle ambiental do quarto					
Adequado	30	35,7	50	59,5	0,003
Inadequado	54	64,3	34	40,5	
Controle ambiental da sala					
Adequado	13	15,5	16	19,0	0,68
Inadequado	71	84,5	68	81,0	

ACS: agente comunitário de saúde. *Teste do qui-quadrado com correção de Yates.

Em um estudo realizado em Chicago, EUA, sobre a educação de asmáticos adultos de baixo nível socioeconômico, utilizou-se, no grupo de intervenção, grupos focais com um assistente social e visitas domiciliares por trabalhadores de saúde comunitária, encontrando resultados satisfatórios no que se refere ao autocuidado e à qualidade de vida, mas não obtendo significância estatística em relação aos parâmetros clínicos.⁽¹⁸⁾ Nesse estudo, apesar dos vários momentos de educação com o paciente, não foram abordados os cuidados referentes ao controle ambiental, o que foi o objetivo de nosso estudo.

Discussões em torno dos possíveis alérgenos envolvidos no risco do desenvolvimento de asma, na precipitação de crises e na falta de controle da doença ainda têm sido um tema controverso.

Com relação ao papel exercido por pelos de animais de estimação, em uma meta-análise publicada em 2008, analisando estudos de coorte, foi encontrado que a exposição a gatos pode exercer um efeito protetor para o desenvolvimento de asma (risco relativo = 0,72; IC95%: 0,55-0,93). A hipótese para esse efeito protetor pode estar ligada à tolerância de indivíduos aos alérgenos dos gatos ou ainda a fatores genéticos ou ambientais das populações incluídas nos estudos analisados. Em contrapartida, a mesma meta-análise demonstrou que a exposição a cachorros aumenta o risco de desenvolver asma (risco relativo = 1,14; IC95%: 1,01-1,29), fato atribuído à pequena quantidade de estudos nos quais esse animal esteve presente. Tratando-se de qualquer animal de pelo, não houve conclusões sobre o tema.⁽¹⁹⁾

As diferenças nos efeitos entre as exposições a cães e gatos podem ter várias explicações. É

provável que a sensibilização a alérgenos de cães exija um menor tempo de exposição e dose mais baixa do que a sensibilização para os alérgenos de gatos. Além disso, os alérgenos de gatos podem ser encontrados em ambientes onde os gatos estão ausentes, sendo transportados por objetos como roupas, propiciando o desenvolvimento de tolerância contra esses alérgenos.⁽¹⁹⁾

Com relação ao controle da doença, um estudo com escolares entre 5 e 13 anos, comparando um grupo com pobre controle da doença e outro com controle aceitável, evidenciou que 115 (75%) das crianças tinham pobre controle da asma. Dessas, 51% tiveram exposição à fumaça de cigarro contra 79% do grupo com controle aceitável. Também se constatou que as crianças expostas ao cigarro foram quatro vezes mais propensas a ter pobre controle da asma. Cada hora de exposição ao fumo por semana aumentou o risco de mau controle em 33%.⁽²⁰⁾

Em nosso estudo, encontramos um elevado percentual de crianças que possuíam fumantes nos domicílios – 39 (46,4%) antes da intervenção educativa e 37 (44,0%) após a intervenção, sem diferença significativa. Acreditamos que um dos motivos para esse fato pode ser a mensuração em um curto intervalo de tempo após a realização da intervenção educativa com os ACS.

Em nosso estudo, 63,1% das mães (a maioria dos cuidadores das crianças) trabalhavam exclusivamente no domicílio. Esse fato nos indica uma maior viabilidade na proposição dos cuidados preventivos a serem implementados no domicílio.

Quanto às intervenções para otimizar o controle da doença, vários modelos de

intervenção têm sido propostos, incluindo o uso de capas impermeáveis nos colchões, melhoria das práticas de limpeza, ventilação do ambiente e educação dos pais, e essas medidas associadas têm mostrado um efeito positivo na redução do desencadeamento de crises asmáticas e na melhoria do estado de saúde. Por outro lado, a educação de forma isolada não tem se mostrado eficaz na mudança de comportamentos parentais, tais como o hábito de fumar no interior do domicílio.⁽²¹⁾

Em uma revisão sobre intervenções ambientais na saúde de crianças asmáticas, foram abordados 32 estudos realizados entre 1992 e 2005, os quais apresentavam como focos o uso de um ou mais métodos mecânicos sobre o ambiente domiciliar, a educação de crianças e pais e uma combinação de intervenções.⁽²¹⁾

Em relação aos métodos mecânicos, os estudos mostram uma redução nos níveis de diversos tipos de ácaros, embora haja controvérsias no que se refere à repercussão dessa ação sobre o estado de saúde das crianças. Quanto à educação em saúde, alguns estudos apresentam resultados positivos, com a diminuição da abstenção escolar, diminuição de visitas à emergência e redução dos sintomas, enquanto outros não apresentam resultados positivos consequentes das mudanças comportamentais dos pais. Nessa linha, a combinação de intervenções educativas com a remoção mecânica dos principais alérgenos tem demonstrado resultados de maior impacto sobre o estado de saúde das crianças asmáticas.⁽²¹⁾

A prática de visitas domiciliares ao asmático tem sido uma abordagem a mais no que tange ao controle da asma e ao autocuidado, tendo em vista que essa abordagem permite a verificação in loco dos possíveis fatores desencadeantes, além de fornecer um espaço propício para a efetivação de medidas educativas que permitam aos usuários modificar as condições adversas que poderão estar contribuindo para a falta de controle da doença.

No Brasil, foi encontrado apenas um estudo que utilizou uma intervenção educativa para a melhoria das condições ambientais de crianças asmáticas, e essa era direcionada apenas para pais alfabetizados, pois as informações eram fornecidas por escrito.⁽²²⁾ Naquele estudo, 27,8% dos familiares não adotaram nenhuma das medidas propostas.⁽²²⁾ Em nosso caso, o estudo

foi realizado com uma intervenção educativa reflexiva e com trabalhadores de saúde que falam a mesma linguagem e que trabalham em loco com esses pacientes, e isso pode fazer uma grande diferença em relação às abordagens educativas tradicionais.

No presente estudo, trabalhou-se com cuidadores de níveis de escolaridade diversificados e, como não existiam ferramentas de controle para a atuação do ACS responsável pelas orientações às famílias de crianças asmáticas, 16 cuidadores (19,0%) não receberam visitas, o que inviabilizou a adoção de medidas preventivas para melhorar as condições ambientais daqueles domicílios.

Especula-se que as falhas encontradas na realização das visitas aos domicílios possam ser atribuídas ao grande volume de atividades incorporadas pelos ACS, as quais incluem atividades burocráticas, cadastros e atenção para outras políticas do Ministério da Saúde, e essas atividades recebem mais atenção e maior monitorização. O controle da asma, entretanto, não possui na prática uma política nacional que condicione a atenção básica ao acompanhamento permanente dos casos, com envolvimento de todos os atores sociais (gestores, profissionais de saúde e comunidade).

Os itens que apresentaram significância estatística após a intervenção foram a redução da limpeza do piso com vassoura e a redução do uso de fogões a carvão. O controle ambiental adequado do quarto, que apresentou um aumento de 23,8%, foi atribuído à substituição do colchão pela rede, pela limpeza mais frequente da rede de dormir/colchão e pela redução do número de bichos de pelúcia. Por outro lado, medidas mais dispendiosas, como a retirada de cortinas, que constitui um meio para a privacidade das pessoas e para a divisão de cômodos, assim como a cobertura de colchão com uma capa impermeável e a cobertura do sofá com napa, que faziam parte da avaliação ambiental, tornaram-se inviabilizadas em virtude de fatores econômicos que impediram a adoção de tais orientações.

A melhora no controle ambiental da sala, por sua vez, não obteve significância estatística após a realização da intervenção educativa, possivelmente devido às medidas implementadas, como a limpeza mais frequente de cortinas e de

tapetes não aparecerem na avaliação final do instrumento utilizado.

Em um estudo na cidade de Camaragibe (PE), no qual se verificou o controle ambiental de domicílios de crianças asmáticas, foi encontrado um percentual de controle ambiental adequado de 67,1%,⁽²³⁾ valor superior ao do nosso estudo na avaliação final (59,5%).

Verifica-se que, apesar de as ESF trabalharem prioritariamente a promoção da saúde e a prevenção, há divergências entre a teoria e a prática, entre o que se precisa fazer e o que é feito, em consequência de fatores inúmeros, tais como o modelo hospitalocêntrico arraigado nos profissionais de saúde e usuários, assim como fatores políticos e institucionais que impedem a efetivação de práticas educativas transformadoras junto à população.

O controle ambiental em domicílios de crianças asmáticas ainda se constitui uma questão complexa. Na adesão às recomendações propostas, é necessário avaliar a relação que existe entre educando e educador e, particularmente no presente estudo, a interação entre usuário e ACS, tendo em vista que a recepção das informações, o processamento e a mudança na práxis dependem fundamentalmente desse fator. Entretanto, não foi possível a observação dessa variável.

Referências

- Global Initiative for Asthma. Pocket guide for asthma management and prevention. Bethesda: GINA; 2006.
- Global Initiative for Asthma. Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 Years and Younger. Bethesda: GINA; 2007.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. J Bras Pneumol. 2006;32(Suppl 7):S 447-74.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Pneumol. 2002;28(Suppl 1):7-51.
- Britto MC, Bezerra PG, Brito RC, Rego JC, Burity EF, Alves JG. Asthma in schoolchildren from Recife, Brazil. Prevalence comparison: 1994-95 and 2002 [Article in Portuguese]. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5):391-400.
- Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Lancet. 1998;351(9111):1225-32.
- Sarinho E, Queiroz GR, Dias ML, Queiroz e Silva AJ. Asthma-related hospitalizations and lack of outpatient follow-up treatment. J Bras Pneumol. 2007;33(4):365-71.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma. J Pneumol. 1996;22(Suppl 1):1-25.
- Scorel S, Giovanella L, Magalhães de Mendonça MH, de Castro Maia Senna M. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil [Article in Portuguese]. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2-3):164-76.
- Silva JA, Dalmaso AS. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2002;6(10):75-96.
- Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(1):51-60.
- Escosteguy CC. Estudos de Intervenção. In: Medronho RA, Blok KV, Luiz RR, Werneck G, editors. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 151-60.
- Gondim SM. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia (Ribeirão Preto). 2002;12(24):149-61.
- Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Discovery-based teaching and learning strategies in health: problematization and problem-based learning [Article in Portuguese]. Cad Saude Publica. 2004;20(3):780-8.
- Berbel NA. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface Comun Saúde Educ. 1998;2(2):139-54.
- Partridge MR, Caress AL, Brown C, Hennings J, Luker K, Woodcock A, et al. Can lay people deliver asthma self-management education as effectively as primary care based practice nurses? Thorax. 2008;63(9):778-83.
- Watson WT, Gillespie C, Thomas N, Filuk SE, McColm J, Piwniuk MP, et al. Small-group, interactive education and the effect on asthma control by children and their families. CMAJ. 2009;181(5):257-63.
- Martin MA, Catrambone CD, Kee RA, Evans AT, Sharp LK, Lyttle C, et al. Improving asthma self-efficacy: developing and testing a pilot community-based asthma intervention for African American adults. J Allergy Clin Immunol. 2009;123(1):153-159.e3.
- Takkouche B, González-Barcala FJ, Etmnan M, Fitzgerald M. Exposure to furry pets and the risk of asthma and allergic rhinitis: a meta-analysis. Allergy. 2008;63(7):857-64.
- McGhan SL, MacDonald C, James DE, Naidu P, Wong E, Sharpe H, et al. Factors associated with poor asthma control in children aged five to 13 years. Can Respir J. 2006;13(1):23-9.
- Wu F, Takaro TK. Childhood asthma and environmental interventions. Environ Health Perspect. 2007;115(6):971-5.
- Jentzsch NS, Camargos PA, de Melo EM. Compliance with environmental control measures in the homes of children and adolescents with asthma. J Bras Pneumol. 2006;32(3):189-94.
- Melo RM, Lima LS, Sarinho ES. Relationship between home environmental control and exacerbation of asthma in children and adolescents in the city of Camaragibe in the State of Pernambuco, Brazil. J Bras Pneumol. 2005;31(1):5-12.

Sobre os autores

Maria Wanderley de Lavor Coriolano

Professora Substituta. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) Brasil.

Marinus de Moraes Lima

Médico. Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza (CE) Brasil.

Gabriela Cunha Schechtman Sette

Professora Assistente. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) Brasil.

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho

Professor Adjunto de Pediatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) Brasil.

Luciane Soares de Lima

Professora Adjunta. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) Brasil.