

Vivência materna no cuidado da criança com asma

Mothers' experience in caring for children with asthma

Experiencia materna en el cuidado de niños con asma

Rosana dos Santos Costa^I; Maria de Lurdes Zanolli^{II}; Lidya Tolstenko Nogueira^{III}

RESUMO

Objetivo: compreender o comportamento materno no cuidado à criança com asma. **Método:** estudo qualitativo, orientado pelo referencial do método etnográfico, realizado no período de julho de 2013 a janeiro de 2014. Participaram 12 mães de crianças com asma grave, de 6 a 7 anos de idade, selecionadas por equipes da estratégia saúde da família do município de Teresina-PI. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** as categorias extraídas dos discursos foram: a mãe diante do diagnóstico de asma infantil; a mãe e a crise de asma infantil; a mãe e o serviço de saúde do bairro. **Conclusão:** identificou-se que as mães apresentaram reduzido conhecimento sobre manejo adequado da doença e demonstraram insatisfação em relação ao serviço de saúde do bairro. Evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de atividades educativas para a redução da morbidade da asma na população estudada. **Descritores:** Asma; saúde da criança; pesquisa qualitativa; saúde pública.

ABSTRACT

Objective: to understand mothers' behavior in caring for children with asthma. **Method:** this qualitative study, guided by the ethnographic method, was conducted from July 2013 to January 2014. Participants were 12 mothers of 6 to 7 year olds with severe asthma selected by family health strategy teams in the municipality of Teresina, Piauí. The research project was approved by the research ethics committee. **Results:** the categories extracted from the accounts were: the mother and the child's diagnosis of asthma; the mother and the child's asthma crisis; the mother and the neighborhood health service. **Conclusion:** mothers were found to know little about proper management of the disease and displayed dissatisfaction with the neighborhood health service. There emerged a need for educational activities to reduce asthma morbidity in the study population.

Descriptors: Asthma; child health; qualitative research; public health.

RESUMEN

Objetivo: comprender el comportamiento materno en el cuidado del niño con asma. **Método:** estudio cualitativo, orientado por el referencial del método etnográfico, realizado en el período de julio de 2013 a enero de 2014. Participaron 12 madres de niños con asma grave, de 6 a 7 años de edad, seleccionadas por equipos de la estrategia salud de la familia del municipio de Teresina-PI. El proyecto de investigación fue aprobado por Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** las categorías extraídas de los discursos fueron: la madre ante el diagnóstico de asma del niño; la madre y la crisis de asma del niño; la madre y el servicio de salud del barrio. **Conclusión:** se identificó que las madres tenían poco conocimiento sobre el cuidado adecuado de la enfermedad y demostraron insatisfacción en cuanto al servicio de salud del barrio. Quedó evidente la necesidad del desarrollo de actividades educativas para la reducción de la morbilidad del asma en la población estudiada. **Descriptor:** Asma; salud del niño; investigación cualitativa; salud pública.

INTRODUÇÃO

A asma infantil é uma doença inflamatória crônica que se caracteriza por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia e tosse, acarretando alterações no desenvolvimento pessoal da criança e na dinâmica familiar. Essa condição geralmente está relacionada ao absenteísmo escolar, à fragilidade clínica e à necessidade de um plano terapêutico e de suporte social, que geram impactos físicos, intelectuais e emocionais, levando ao sofrimento humano por parte do paciente e de seus familiares¹⁻³.

Considerada a terceira causa de internações entre crianças, a asma apresenta tratamento complexo e exige a participação ativa do doente e dos familiares. Como, na

infância, o paciente não possui autonomia para o autocuidado, o controle da doença é diretamente influenciado pelo cuidado exercido no ambiente domiciliar, especificamente na figura materna, que se constitui o principal determinante social da saúde na primeira infância^{4,5}.

Diante da gravidade e da importância do apoio familiar para o controle da asma, torna-se ainda mais imprescindível a educação materna, visando à execução das ações de tratamento pautadas em estratégias para a manutenção da vida da criança. Nesse sentido, o conhecimento técnico-científico relacionado à doença, à prevenção de complicações e ao planejamento da assis-

^IEnfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal do Piauí. Brasil. E-mail: rosanacosta@ufpi.edu.br

^{II}Médica. Professora Doutora. Universidade Estadual de Campinas. Brasil. E-mail: zanolli@fcm.unicamp.br

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora Associada. Universidade Federal do Piauí. Brasil. E-mail: lidyatn@gmail.com.

tência deve levar em consideração os valores culturais, as atitudes e as crenças pessoais e familiares, não se restringindo apenas ao modelo biomédico. A não observância desses aspectos pode causar a redução da adesão ao tratamento e o manejo inadequado da doença^{3,6}.

Assim, o cuidado materno defronta-se com demandas intensas, que exigem tempo, dedicação, vigilância e preparo técnico, envolvendo significativos processos de reorganização familiar. Nessa perspectiva, e na busca pela reflexão acerca da prática do cuidar, este estudo teve como objetivo compreender o comportamento materno no cuidado à criança com asma.

REVISÃO DE LITERATURA

A asma acomete indivíduos de todas as idades, em todas as regiões do mundo, de diferentes níveis socio-culturais, e apresenta graus variados de gravidade e de frequência para o doente, familiares e a sociedade. Por se tratar de uma condição crônica, afeta negativamente o desenvolvimento dos pacientes, dificultando a socialização e contribuindo para aumentar a vulnerabilidade de transtornos comportamentais^{7,8}.

Considerada, atualmente, um problema de saúde pública, a asma vem apresentando um aumento acentuado em sua prevalência global, em sua morbimortalidade e nos custos econômicos para os serviços de saúde⁸. Estima-se que 300 milhões de pessoas em todo o mundo tenham asma e, destes, 20 milhões são brasileiros^{9,10}.

A sua etiologia suscita muitas divergências no meio científico. No entanto, o aparecimento da doença parece resultar da combinação da predisposição genética aos fatores ambientais, econômicos, demográficos, sociais e emocionais. Além destes, são elencados também como indutores da inflamação das vias aéreas, e o conseqüente desencadeamento de broncoespasmo, as mudanças climáticas, os alimentos, as drogas e o estresse emocional^{5,11}.

As crianças acometidas por esta afecção, geralmente, têm na atenção primária o acesso inicial ao sistema de saúde. Cabe, dessa forma, a esse nível de atenção a implementação de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e tratamento de doenças, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado, realizadas por equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido¹².

Espera-se, portanto, dos profissionais atuantes na atenção básica de saúde, a sensibilidade para fornecer orientações adequadas sobre a asma, aos pais responsáveis pela criança assim como de realizar acompanhamentos periódicos dos pacientes, através de consultas planejadas, de visitas domiciliares e da realização de programas educativos voltados para melhoria do controle da afecção, além da realização de encaminhamentos oportunos dirigidos aos especialistas, quando necessário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, que utilizou como suporte metodológico de análise, o método etnográfico, que pode fornecer ao pesquisador condições de compreender o processo saúde-doença a partir do ponto de vista e da realidade dos próprios sujeitos, por meio do processo sistemático de observação, detalhamento, descrição, documentação e análise do estilo de vida ou da cultura^{6,13}.

O estudo foi desenvolvido no município de Teresina-PI, nordeste do Brasil, com 12 mães de crianças com diagnóstico de asma grave, que apresentavam faixa etária de 6 a 7 anos, acompanhadas pelas equipes da estratégia saúde da família (ESF) da região norte da cidade.

Foi solicitado às equipes da ESF que identificassem as crianças cadastradas, na sua área adstrita, que poderiam fazer parte do estudo, com base nos seguintes critérios: crianças com diagnóstico médico de asma grave há, pelo menos, 6 meses e que tivessem como cuidadora principal a sua mãe.

Na seleção por equipes, duas equipes selecionaram três crianças, três equipes escolheram duas crianças, outras três equipes indicaram uma criança e as demais equipes informaram que não possuíam crianças cadastradas que atendessem aos critérios estabelecidos.

A etapa seguinte foi marcada por um encontro na unidade básica de saúde (UBS), entre as mães e a pesquisadora, de forma que se pudesse explicar os objetivos da pesquisa, assim como também o método a ser utilizado junto aos pesquisados.

Das 15 mães (M), 12 aceitaram fazer parte do estudo (M1 a M12). Após o contato inicial na UBS, momento em que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a pesquisadora foi à casa das mães para estabelecer o primeiro contato com sua realidade cultural e dar início à imersão no campo da pesquisa, etapa que se constitui na prática de entrevistar informantes, observar rituais, deduzir os termos de parentesco, traçar as linhas de propriedade, fazer o censo doméstico... escrever seu diário¹⁴.

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2013 a janeiro de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, com gravação de voz, durante visitas quinzenais nos domicílios e no entorno social da mãe, momentos em que foram feitas observações participantes, que possibilitaram um maior envolvimento do pesquisador com os sujeitos, além do registro, em diário de campo.

O material proveniente do campo foi analisado e sistematizado seguindo as seguintes etapas: transcrição dos relatos; codificação dos relatos segundo a proposta de análise; síntese e interpretação dos resultados¹⁵, o que permitiu determinar as categorias temáticas, assim como também fornecer subsídios para a construção final de um texto expressando a síntese do objeto de

estudo¹⁶. Nesse ínterim, as categorias emanadas dos discursos, foram: A mãe diante do diagnóstico de asma infantil; A mãe e a crise de asma infantil; A mãe e o serviço de saúde do bairro.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Piauí, com CAE nº 0046.0.045.000-10, e cumpriu com as exigências éticas das pesquisas envolvendo seres humanos¹⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mães, participantes do estudo, tinham idade entre 26 e 55 anos, com média de idade de 38 anos. Quanto ao estado civil, 7(58,4%) eram casadas, 4(33,3%) eram solteiras e 1(8,4%) era viúva. Em relação à escolaridade, 1(8,4%) nunca estudou, 7(58,4%) cursaram o Ensino Fundamental incompleto, 2(16,6%), o Ensino Médio incompleto e 2(16,6%), o Ensino Médio completo. A renda per capita de cada uma das famílias era menor que um salário mínimo nacional vigente à época da pesquisa.

O nível de escolaridade das mães que fizeram parte do estudo foi considerado como um fator negativo ao manejo adequado da asma, pois, mediante a observação participante no campo de pesquisa, algumas demonstraram dificuldades em entender as prescrições médicas e identificar o volume exato da medicação a ser fornecida ao filho, por meio de seringa ou de copo-medida, o que pode contribuir para a administração errada de medicamento. Por conseguinte, entende-se que pais com pouca informação podem ter dificuldades para reconhecer os sintomas da doença, o que pode ter como consequência o agravamento do quadro de saúde da criança¹¹.

A faixa de renda per capita do grupo estudado constitui-se, certamente, num significativo obstáculo para o processo de adesão ao tratamento da asma, seja pela dificuldade de aquisição de medicamentos, quando não disponibilizados pelo serviço de saúde pública, seja pela impossibilidade de adquirir materiais e/ou equipamentos necessários ao controle da afecção. Ressalta-se, entretanto, que a renda é uma variável bastante questionada como fator desencadeante da asma, no entanto, existe um relativo consenso entre a existência da pobreza e o agravamento da doença¹⁸.

A aproximação com as mães, no seu próprio contexto social, permitiu a imersão do pesquisador no universo cultural do grupo estudado e a compreensão dos comportamentos, das sensações e dos sentimentos das mães relacionados ao ato de cuidar do filho asmático.

A partir da análise crítica e interpretativa do conjunto de material proveniente do campo de pesquisa, por meio do agrupamento de temáticas semelhantes, surgiram as categorias temáticas, apresentadas a seguir.

A mãe diante do diagnóstico de asma infantil

O momento da revelação do diagnóstico de uma doença causa impacto no paciente e/ou familiares, e, no caso de uma doença crônica, isso pode tornar-se

bem mais evidente, devido ao desenvolvimento de um imaginário de perda do filho.

As mães, ao discorrerem sobre o diagnóstico de asma de seus filhos, apresentaram fisionomias de indignação e desolação, além de reações como preocupação, medo e tristeza, manifestações essas demonstradas nas falas que seguem:

Não gostei de saber que meu filho tem asma. A crise dele é muito forte e eu temo pela vida dele. Ele é muito pequeno e eu tenho medo de ele morrer [...]. (M3)

Eu fiquei com medo [...] não esperava que a crise que ele teve aos três meses de vida fosse ser tão grave. (M4)

Percebeu-se que o diagnóstico de asma provoca um abalo emocional na mãe, causando-lhe a sensação de sofrimento¹⁹. No entanto, entre os fatores que contribuem para facilitar ou dificultar o gerenciamento da mãe, em relação à doença crônica do filho, cita-se o apoio da rede social familiar e a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e de educação²⁰.

A doença crônica, em virtude do seu curso demorado, das exacerbações frequentes no quadro clínico, da necessidade de tratamento prolongado e da diminuição na capacidade funcional do doente, pode causar alterações no desenvolvimento físico e emocional da criança, trazendo, como consequências, restrições sociais, estresse, distúrbios afetivos e insônia, entre outros. Ressalta-se, entretanto, que esses desajustes emocionais na criança asmática podem estar relacionados mais com a qualidade do relacionamento entre a família e a criança do que dos comportamentos inerentes do infante^{21,22}.

A mãe e a crise de asma infantil

Diante da crise de asma de seus filhos as mães narraram que ficavam assustadas e com medo, e consideraram que o melhor seria levar a criança imediatamente a um serviço de emergência, como demonstrado nas falas a seguir:

Quando meu filho começou a chorar e a ficar com falta de ar o levei imediatamente ao hospital. Fiquei muito preocupada [...]. (M2)

Fiquei muito assustada [...] meu filho acordou de manhã e já estava com muita falta de ar e com as unhas arroxeadas, aí eu levei rapidamente para a urgência [...]. Ele apresenta crises muito fortes e eu sempre levo para o hospital. (M4)

[...] a asma é terrível [...] de vez em quando tenho que levar meu filho para o hospital. Hoje mesmo levei ele às pressas [...]. (M8)

O conhecimento da mãe em relação à asma vem sendo associado à maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, ao maior controle dos sintomas da doença. Por conseguinte, a desinformação está relacionada entre os principais fatores responsáveis pela maior procura aos serviços de emergência e pela maior taxa de internação hospitalar ocasionada pela asma²³.

Os serviços de urgência/emergência vêm sendo utilizados como locais regulares de consultas de pacientes asmáticos, o que é inadequado, pois, além de causar superlotação desnecessária desses serviços, leva a deficiências no tratamento e no controle da doença, o que causa implicações negativas para as crianças, para as mães e para a sociedade^{5,23}. O uso frequente desse setor hospitalar pode ser exemplificado nos depoimentos a seguir:

Eu não gosto de ir para a urgência porque é um ambiente muito estressante. Eu não tenho carro, aí quando a crise de asma acontece na madrugada nós temos que incomodar os vizinhos [...]. Mas, fazer o quê? Quem tem filho asmático tem que se acostumar a ir para a urgência [...]. (M2)

[...] tem período que vou três vezes no mês com ele para a urgência [...]ele corre, ele brinca e termina cansando, aí corro para o hospital. (M10)

Os programas educacionais voltados para o controle da asma são estratégias capazes de aproximar os profissionais de saúde dos pacientes e, no caso de crianças, de seu cuidador, com o fim de auxiliá-los na aquisição de motivações, habilidades e confiança, e assim favorecer o manejo correto da afecção^{24,25}. Considerando-se que o comportamento humano depende de suas crenças e daquilo que se considera verdade, deve-se valorizar a educação em saúde, pois esse é um momento em que o paciente e seu cuidador inclinam-se a entender a doença e seu tratamento, para se conseguir a modificação de suas atitudes, de seus hábitos e de suas percepções a respeito da asma^{3,23,26}.

A vida da criança asmática nem sempre se desenvolve de maneira habitual, sendo, na maior parte dos casos, objeto de cuidados exagerados por parte das mães, em virtude do medo das exacerbações dos sintomas da doença, que muitas vezes impedem seus filhos de praticar atividades próprias da faixa etária infantil, como jogos ao ar livre, andar de bicicleta, ficar descalço, comer alimentos gelados, expor-se ao sol ou ao vento^{3,27}. Essas restrições à vida das crianças são evidenciadas em falas como as que seguem:

Não o deixo beber água gelada e nem chupar picolé [...]. Ele não pode correr [...]. (M5)

Reclamo com ele para não andar ao sol, não pegar poeira e nem tomar banho toda hora. (M9)

Ele não pode jogar bola e nem andar de bicicleta [...] quando ele corre, cansa logo! (M11)

A impossibilidade ou proibição da realização de esportes, acrescida da superproteção materna, pode acarretar na criança asmática quadros de depressão, isolamento social, baixa autoestima e falta de motivação⁵. Ressalta-se que as crianças com asma não precisam deixar de realizar atividades físicas, pois estas apresentam como benefício a melhoria do condicionamento aeróbico, reduzindo a suscetibilidade ao broncoespasmo induzido pelo exercício, porém, o paciente precisa estar realizando tratamento de forma adequada²⁸.

A maior parte das mães apontou também os cuidados ambientais como fatores necessários para o controle da asma em seus filhos, porém, às vezes, adotavam atitudes contrárias ao preconizado pelos consensos sobre a doença, aumentando a possibilidade de recrudescimento dos sintomas de asma na criança.

Sempre lavo e varro o quarto dele, porque a poeira e a fumaça prejudicam a doença e o ventilador tem que ser limpo, porque ficam aquelas sujeiras [...]. (M1)

A casa é sempre limpa, não deixo ele ficar brincando com areia. (M6)

Eu não o deixo ficar brincando com o cachorro [...], mas é difícil controlar [...]. (M10)

O desenvolvimento da asma ocorre devido a uma combinação de fatores genéticos e exposição ambiental. Assim, para o controle adequado desta afecção, é necessário que o espaço físico do ambiente domiciliar sofra uma reorganização. Essas adaptações abrangem, necessariamente, a retirada de tapetes, plantas, cortinas, sofás estofados e animais domésticos do interior dos domicílio^{3,27}.

A mãe e o serviço de saúde do bairro

A ESF, instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil, deve ser operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS, sendo considerada como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde. Estas equipes devem realizar ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação e atendimento das famílias frente às doenças e agravos mais frequentes^{8,29}.

As mães, no entanto, não demonstraram satisfação em relação à assistência prestada pelos profissionais do serviço de saúde local responsáveis pelo acompanhamento do estado de saúde de seus filhos, como relatado a seguir.

A enfermeira da unidade de saúde manda que eu leve meu filho para o hospital quando ele tiver crise [...]. Mas ela nunca me deu muitas orientações sobre a doença. (M3)

[...] o pior é que o agente de saúde não traz o médico aqui, nem quando meu filho está cansado [...] quando eu vou ao posto e não é dia de atender criança eles nem olham para o menino [...]. (M7)

A asma do meu filho é um caso sem solução [...] quando procuro por médico no posto eu não tenho atenção adequada [...] então, é mesmo que nada para mim. (M12)

O vínculo entre as mães e a equipe da ESF dessas comunidades mostra-se bastante fragilizado, pois é fácil constatar que as mães não diferenciam as atividades do enfermeiro e do agente comunitário de saúde (ACS), assim como o fato de que elas também evitam informar o estado de saúde do filho aos profissionais da equipe em questão. Acredita-se que essa atitude das genitoras seja motivada, em parte, à pouca credibilidade atribuída por

elas aos serviços de saúde públicos locais. Essa postura está refletida nos seguintes depoimentos:

[...] quando o agente de saúde vem aqui, em casa, eu evito comentar sobre o problema de saúde de meu filho. Só o levo à unidade de saúde do bairro para fazer exames de rotina, mas sobre a asma eu não comento com a enfermeira de lá. (M4)

A enfermeira sempre vem aqui, pega o cartão de vacina dele e agenda consulta para ele no posto de saúde. Ela vem sempre pesar meu filho. (M5)

O trabalho comunitário requer do profissional mais que o conhecimento técnico-científico, exige ainda que ele seja humano, que veja a comunidade, a qual presta assistência, de uma forma integral, promovendo tratamento adequado voltado para a realidade de sua clientela e valorizando, assim, sua cultura.

O papel da enfermagem em prol da saúde coletiva é reconhecido; o enfermeiro atua como mediador entre a comunidade e o sistema de saúde local, tendo como objetivo a educação em saúde²⁶. A atuação da enfermagem é descrita em vários programas de educação para o controle da asma, como tendo a responsabilidade de educar os pacientes e sua família^{30,31}. Apesar da reconhecida importância social desta categoria profissional na saúde pública brasileira, percebeu-se, a partir da vivência com as mães do estudo, que os profissionais mais lembrados da equipe da ESF são o ACS e o médico. O ACS, por facilitar o acesso da população à UBS, e o médico, em decorrência da prescrição medicamentosa.

Cabe aos profissionais de saúde desenvolverem estratégias para intervir no processo saúde-doença, buscando a prevenção de doenças e a manutenção da saúde da população^{30,32}. Os profissionais devem ter sensibilidade para identificar as principais necessidades e estabelecer, dessa maneira, uma relação de confiança mútua com a população que assiste. É notório que os serviços de saúde mantidos pelo setor público no Brasil apresentam-se sucateados, com estrutura física e quantitativo de recursos humanos e tecnológicos precários. Contudo, para o bom exercício da profissão, os profissionais de saúde devem fazer as suas reivindicações necessárias, porém, nunca perder a visão holística voltada para o cuidado do paciente.

CONCLUSÃO

As mães do grupo estudado são diretamente afetadas pelo diagnóstico da asma infantil, e o modo como elas enfrentam a situação é determinante para a melhoria da saúde do filho. Elas interpretam a asma como uma doença grave, que necessita de cuidados e atenção, e sabem que, entre outros fatores, o controle ambiental é de suma importância para manter seus filhos saudáveis e evitar episódios de exacerbação da doença. Porém, não realizam o manejo adequado da afecção, predispondo seus filhos, e a si mesmas, a situ-

ações estressoras, entre as quais se destaca a procura frequente pelo serviço de emergência.

Recomenda-se que os profissionais da equipe da ESF desenvolvam atividades educativas, essenciais no processo de controle da asma, direcionadas aos pacientes e seus familiares, com o fim de melhorar a adesão ao tratamento e o manejo da doença, diminuindo assim sua morbimortalidade, além da melhoria do vínculo afetivo com o grupo estudado.

Como limitação do estudo, ressalta-se o fato de ter sido considerado como sujeito foco da investigação apenas a mãe de crianças com asma e não todos os moradores do domicílio. A asma, como doença debilitante que é, altera toda a dinâmica da residência, podendo causar impacto negativo não somente na mãe, apesar de ela ser, geralmente, a principal cuidadora, mas também em outros constituintes da família. Dessa forma, são necessários avanços na investigação do impacto da asma infantil no dia a dia dos demais membros da família.

REFERÊNCIAS

1. Wild CF, Silveira A. Cuidado de preservação desenvolvido por familiares/cuidadores de criança com asma. Rev. Enferm. UFSM. 2015; 5(3):426-433.
2. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. Rev. enferm. UERJ. 2015; 23(2):197-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.16494>
3. Miranda VC, Reis LA, Morais KCS, Ferreira JB, Alves TC. Percepção da mãe ou cuidador de crianças asmáticas sobre os resultados do tratamento. Saúde debate. 2016; 40(110):195-207.
4. Wild CF, Silveira A, Souza NS, Buboltz FL, Neves ET. Cuidado domiciliar na criança com asma. Rev. baiana enferm. 2017; 31(2):1-9.
5. Lewis KM, Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Porta D, Forastiere F, et al. Mother's education and offspring asthma risk in 10 European cohort studies. Eur J Epidemiol. 2017; 32(9):797-805.
6. Costa GMC, Gualda DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. Hist. cienc. saúde-manguinhos. 2010; 17(4):925-37.
7. Mascarenhas JMO, Silva RCR, Assis AMO, Pinto EJ, Conceição JS, Barreto ML. Sintomas de asma e fatores associados em adolescentes de Salvador, Bahia. Rev. bras. epidemiol. 2016; 19(1):181-93.
8. Sorio GN, Edelmuth SVCL, Utiyama TO, Almeida JM. Asma: perfil da população infantil atendida na UBS Vitória Régia, Sorocaba/SP. Medicina (Ribeirão Preto). 2017; 50(2):91-101.
9. Baldaçara RPC, Silva I. Association between asthma and female sex hormones. São Paulo med. j. 2017; 135(1):4-14.
10. Miranda VC, Reis LA, Morais KCS, Ferreira JB, Alves TC. Percepção da mãe ou cuidador de crianças asmáticas sobre os resultados do tratamento. Saúde debate. 2016; 40(110):195-207.
11. AlOtaibi E, AlAteeq M. Knowledge and practice of parents and guardians about childhood asthma at King Abdulaziz Medical City for National Guard, Riyadh, Saudi Arabia. Risk Manag Healthc Policy. 2018; 13(11):67-75.
12. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436/2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [citado em 05 jan 2018]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>
13. Leininger M.M. Qualitative research methods in nursing. Orlando (USA): Grune & Stratton; 1985.
14. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora LTC; 2013.
15. Creswell JW. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre(RS): Editora Artmed; 2010.

16. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2012; 17(3):621-6.
17. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 2012.
18. Rocha JIP, Rocha MCP, Almeida SC, Ramos BL, Mrozinsk ACB. Relação entre a ocorrência de asma em crianças com: nível educacional dos cuidadores, renda domiciliar e condições de moradia. *Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba*. 2011; 17(1):17-21.
19. Colesante MFL, Gomes IP, Morais JD, Collet N. Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica. *Rev. enferm. UERJ*. 2015; 23(4):501-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4966>
20. Knafelz KA, Deatrick JA, Havill NL. Continued development of the family management style framework. *J. fam. nurs.* 2012; 18(1):11-34.
21. Gomes IP, Lima KA, Rodrigues LV, Lima RAG, Collet N. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. *Texto & contexto enferm.* 2013; 22(3):671-9.
22. Perosa GB, Amato IA, Rugolo LMSS, Ferrari GF, Oliveira MCFA. Quality of life of asthmatic children and adolescents: relation to maternal coping. *Rev. paul. pediatr.* 2013; 31(2):145-51.
23. Caetano JA, Lima MA, Soares E, Miranda MC. Conhecimento da família sobre os fatores precipitantes da crise asmática na criança. *Rev. RENE*. 2010; 11(3):153-61.
24. Paranhos VD, Pina JC, Mello DF. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2011; 19(1):203-11.
25. Rodrigues BMRD, Peres PLP, Pacheco STA. Boas práticas de maternança na perspectiva bioética: uma contribuição para a enfermagem pediátrica. *Rev. enferm. UERJ*. 2015; 23(4):567-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.18944>
26. Piovesan LR, Schimith MD, Simon BS, Budó MLD, Weiller TH, Brêtas ACP. Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. *Rev. enferm. UERJ*. 2016; 24(3):e5816. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.5816>
27. Frota MA, Martins MC, Santos RCAN. Cultural meanings of the infantile asthma. *Rev. saúde pública* (Online). 2008; 42(3):512-6.
28. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. *J. bras. pneumol.* 2012; 38(Suppl 1):S1-S46.
29. Andrade ME, Clares JWB, Barretto EMF, Vasconcelos EMR. Percepção do enfermeiro quanto à sua atuação educativa na estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*. 2016; 24(4):e15931. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.15931>
30. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev. enferm. UERJ*. 2014; 22(5):637-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15665>
31. Fagundes NC, Rangel AGC, Carneiro TM, Castro LMC, Gomes BS. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. *Rev. enferm. UERJ*. 2016; 24(1):e11349. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11349>
32. Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev. enferm. UERJ*. 2015; 23(1):122-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.14725>