

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**O EFEITO DA SUSPENSÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA
FREQUÊNCIA DAS CRISES ASMÁTICAS EM CRIANÇAS**

FERNANDA NUNES DOURADO CARDOSO

**JOÃO PESSOA/PB
2010**

FERNANDA NUNES DOURADO CARDOSO

**O EFEITO DA SUSPENSÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA
FREQUÊNCIA DAS CRISES ASMÁTICAS EM CRIANÇAS**

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como exigência parcial para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

ORIENTADOR: Prof^o Ms. Valter Azevedo Pereira

**JOÃO PESSOA
2010**

C268e Cardoso, Fernanda Nunes Dourado .

O efeito da suspensão da atividade física na frequência das crises asmáticas em crianças / Fernanda Nunes Dourado Cardoso – João Pessoa: [s.n.], 2011.
46 f. : il.-

Orientador: Valter Azevedo Pereira

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Atividade física. 2. Frequência das crises. 3. Qualidade de vida.

BS/CCS/UFPB

CDU: 796(043.2)

FERNANDA NUNES DOURADO CARDOSO

**O EFEITO DA SUSPENSÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA
FREQUÊNCIA DAS CRISES ASMÁTICAS EM CRIANÇAS**

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como exigência parcial para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Data de defesa: ___ de _____ de _____

Resultado: _____

Banca Examinadora

Valter Azevedo Pereira

Prof.Ms. _____

UFPB/CCS/DEF

Leandro Baptista Carvalho Filho

Prof. _____

UFPB/CCS/DEF

Nome Membro da Banca

Prof. _____

UFPB/CCS/DEF

Dedicatória

Aos meus alunos do Programa de Atividade Física que me fizeram compreender a importância e os benefícios da natação para eles, em especial: Carlos Alejandro, Gabriel da Silva, Lucas de Sousa e Gustavo Castro.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, tornaram possível este trabalho. Em particular gostaria de agradecer:

Primeiramente a Deus por me conceder o dom da vida, dando-me sabedoria e capacidade para que eu pudesse estudar e concluir uma Universidade, dando-me força, ânimo e alívio nas horas difíceis e de desespero.

A minha Mãe, mulher sábia, por sempre apoiar minhas decisões e me amparar nos momentos de tristeza e angustia. Por sempre ter uma palavra de conforto mesmo estando longe e por sempre orar por mim. Te amo.

A meu Pai, homem guerreiro e simples, de caráter inigualável o meu carinho, pelas risadas e broncas e também por sempre querer me colocar no colo mesmo eu tendo meus 23 anos te amo.

Aos meus queridos irmãos William e Palmíria, que apesar das desavenças de irmãos nos amamos e compartilhamos boas risadas.

A Vivaldi Araújo, meu namorado, sempre presente e disposto a me ajudar nessa caminhada, passando suas experiências vividas na faculdade com a finalidade de auxiliar as minhas decisões, por me aturar nessa reta final, por me aconselhar e por fazer meus dias mais felizes te amo muito. E também a sua família por me receber de braços abertos com muito carinho e amor.

Aos meus primeiros amigos feitos na Universidade minhas negas: Carol e Martinha, Túlio e Erbeth obrigada pelos churrascos e comilanças, por estarem presentes comigo nos momentos que mais precisei quando iniciei o curso, vocês foram sensacionais, amo muito cada um.

A meu orientador que se tornou um amigo Prof^o Ms. Valter Azevedo, obrigado pela força.

As crianças e aos pais que fazem parte do programa de atividade física para crianças asmáticas; sentirei saudades das nossas festinhas, das flores recebidas, do apoio e do abraço de cada um.

A Petrucio Moura, mestrando em Educação Física e monitor da disciplina Métodos e Técnicas de Pesquisa por me ajudar na elaboração desse trabalho sendo sempre gentil.

Muito obrigada a todos!!!

Quando tudo diz que não
Sua voz me encoraja a prosseguir
Quando tudo diz que não
Ou parece que o mar não vai se abrir
Sei que não estou só
E o que dizes sobre mim
Não pode se frustrar
Venha em meu favor
E cumpra em mim teu querer
O Deus do impossível
Não desistiu de mim
Sua destra me sustenta
E me faz prevalecer
Toque no altar (DEUS do Impossível)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar por meio do relato da mãe e/ou responsável, se a interrupção das atividades está relacionada com a frequência das crises asmáticas em crianças. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa descritiva. Para coleta dos dados foi utilizada como instrumento uma entrevista semi-estruturada. Os participantes da entrevista foram as mães e/ou responsáveis pelas crianças devidamente matriculados no projeto de extensão “Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas” da universidade Federal da Paraíba. Foram entrevistados 09 mães ou responsável das crianças com idade entre 05 e 10 anos todos do sexo masculino. As mães ou responsáveis responderam que os sintomas aparecem com mais frequência quando o projeto se encontra suspenso, mas também, não descartaram a presença dos sintomas também quando o projeto se encontra ativo, só que com menos frequência e menor variedade de sintomas. As mães ou responsável também responderam sobre a importância do projeto para vida do seu filho, no qual a maioria dos sujeitos reconhece que um programa adaptado para crianças asmáticas possibilita uma melhor qualidade de vida para seu filho. Concluímos que o programa de atividade física adaptada para crianças asmáticas traz grandes benefícios físicos, mentais e sócio-afetivos. A socialização com outras crianças que apresenta a mesma doença, e o prazer em conseguir realizar atividades sugeridas pelos professores tem refletido na melhora da qualidade de vida dessas crianças, uma vez que os sintomas controlados ajudam a participação desses indivíduos nas atividades propostas.

Palavras – chave: Asma. Atividade Física. Frequência das Crises. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The objective of this descriptive-qualitative study was to analyze through reports of mothers or guardians if the suspension of physical activity is related to the frequency of asthma attacks in children. A semi-structured interview was used as the instrument for data collection. The participants of the interview were mothers or guardians of children properly registered in the extension project "Adapted Physical Activity program for asthmatic children" of The Federal University of Paraíba. We interviewed 09 mothers or guardians of children aged between 05 and 13 years - all of them were male. Mothers or guardians answered that symptoms appear more frequently when the project is suspended, but they didn't discard the presence of symptoms with less frequency and with less variety, even when the project is active. Mothers and guardians also provided information about the project's importance to your child's life. Most of them recognized that a program adapted for children with asthma allows a better quality of life for their kids. We concluded that the adapted physical activity program for children with asthma provides great physical, mental and socio-affective benefits. The socialization with other kids with the same disease and the pleasure in accomplishing activities suggested by teachers has been reflected in improved quality of life for these children, since the symptoms under control helps these kids to participate of the proposed activities.

Keywords: Asthma. Physical Activity. Frequency of seizures. Quality of Life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos alunos quanto ao gênero e faixa etária.....	27
Tabela 2: Distribuição das crianças relativo a idade da 1ª crise asmática.....	28
Tabela 3: Distribuição das crianças segundo o tempo de ingresso no programa.....	28
Tabela 4: Distribuição das crianças relacionada a prática de outra atividade física.....	29
Tabela 5: Reconhecimento dos fatores desencadeantes da asma.....	30
Tabela 6: Sintomas apresentados durante as crises asmáticas antes e após a entrada no programa.....	31
Tabela 7: Frequência das crises quando o programa está ativo e quando entra em recesso (inativo)..	32

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Certidão de Aprovação do Comitê de Ética.....	48
--	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro da entrevista.....	51
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIE: Asma induzida pelo exercício

BIE: Broncoespasmo induzido pelo exercício

CCS: Centro de Ciências da Saúde

DEF: Departamento de Educação Física

FC: Frequência cardíaca

GINA: Global Initiative For Asthma

ISAAC: International Study of Asthma and Allergies in Childhood

OMS: Organização Mundial de Saúde

SBPT: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

QV: Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 DEFINIÇÃO, CARACTERÍSTICAS E CLASSIFICAÇÃO DA ASMA	17
2.2 QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA ASMÁTICA.....	19
2.3 ATIVIDADE FÍSICA E ASMA.....	20
2.4 CARACTERÍSTICAS POSTURAIIS DA CRIANÇA ASMÁTICA	23
3 METODOLOGIA	25
4 ANALISANDO E INTERPRETANDO OS DADOS	28
4.1 IMPORTANCIA DO PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A CRIANÇA ASMÁTICA	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
6 REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	46
APÊNDICES	49

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define a asma como sendo o estreitamento generalizado das vias brônquicas, cuja intensidade pode variar em curto espaço de tempo, seja espontaneamente, seja por efeito de tratamento. É uma doença crônica do aparelho respiratório caracterizada pela inflamação das vias aéreas. Sua marca fisiológica é a obstrução das vias aéreas com os sintomas característicos do impedimento à movimentação de ar para dentro e para fora dos pulmões. Ela tem sido bastante discutida nos últimos anos, visto que o número de pessoas portadoras da doença tem aumentado (MOISES, 1993). A incidência da asma é diferente em cada país, de acordo com seu desenvolvimento, quanto mais desenvolvido, mais fabricas e mais poluentes do ar.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) a asma é considerada um problema de saúde pública e agride 18 milhões de brasileiros e 100 a 150 milhões de pessoas em todo o mundo. Conforme dados do Ministério da Saúde do ano de 2004, 10% da população brasileira apresentam os sintomas da doença, e a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2002) estima serem gastos mais de R\$ 200 milhões para cobrir as quase 400 mil internações hospitalares de pacientes asmáticos. Conforme o SBPT, atualmente morre duas mil pessoas de asma no país por ano, isso equivale a seis óbitos por dia. Os estudos da Health Latin América (2001) descrevem uma das características predominantes da doença é que, ela aparece antes dos cinco anos de idade, sendo 50% dos casos tendo maior incidência sobre crianças do sexo masculino. Entre os sinais mais aparentes estão presentes a tosse, sibilos, dispnéia e cianose que são variáveis de acordo com o estágio e intensidade das crises. Para que uma criança consiga suportar o mal-estar provocado pelos sintomas da asma, ela juntamente com seus familiares precisa identificar os agentes agravantes e os fatores desencadeantes responsáveis por episódios de crise asmática.

Essa doença é pouco divulgada para população, o que dificulta o trabalho dos médicos e pacientes. As pessoas que sofrem de asma apresentam o brônquio sensível diferente da população, no geral reagem facilmente ao contato com qualquer estímulo, tal como: vírus, bactéria, poeira, fumaça, ar frio, perfumes, mofo, medicamentos, atividade física; esses são considerados fortes agentes para desencadear um processo de inflamação que provoca o estreitamento dos brônquios e bronquíolos pulmonares.

Um dos aspectos importantes a ser verificado e acompanhado ao trabalhar com uma criança asmática é sua postura. Isso se deve ao fato de que há uma acomodação da caixa torácica devido às alterações na mecânica respiratória (GAMA, 1993). Na asma a combinação de alterações da coluna vertebral, frequentemente está associada às alterações da insuficiência respiratória. Outro problema é a deficiência no tronco, tornando um aliado e causando deformidades na mecânica respiratória. Nesse sentido devem ser orientadas as atividades físicas visando prevenir ou evitar o agravamento dos desvios posturais, objetivando uma adequada mecânica respiratória.

A população tem a atividade física como fator negativo ao indivíduo asmático (TEROLLER, 2004). A atividade física acompanhada de exercícios respiratórios adaptada para crianças portadoras de asma tem sido uma alternativa entre as diversas para o tratamento da mesma, a atividade é capaz de aumentar a tolerância ao exercício, permitindo ao asmático uma melhor condição de suportar com mais tranquilidade os agravos provocado pelas crises, aumentando sua resistência e fornecendo reservas para enfrentar uma crise obstrutiva. Para Gualdi (2004), atividade física é benéfica aos portadores da doença, uma vez que esses exercícios ajudam a melhorar a mecânica respiratória e a eficácia da ventilação pulmonar, prevenção e correção das alterações posturais, melhora da condição física geral e prevenção de outras complicações pulmonares. A melhora na condição física do asmático é consequência do aumento da sua resistência cárdio-respiratória.

A atividade física deve ser orientada e incentivada como fator de promoção a saúde e qualidade de vida para crianças asmáticas. A asma, assim como hipertensão e diabetes não tem cura, mas, os estudos científicos relacionados à asma comprovam que o tratamento adequado é capaz de proporcionar o controle da doença. (PIRES, 2001). A asma deve ser compreendida num contexto social, comportamental, psicológico e familiar como qualquer doença crônica. De acordo com Costa e Praça (2003) uma intervenção alheia ao contexto psicológico, social, escolar e familiar não irá conduzir a melhor estratégia.

A qualidade de vida de uma criança portadora de asma é diferente quando relacionado às outras crianças. Devido a sua inatividade por falta de condição física a criança cresce em subdesenvolvimento físico. A super proteção dos pais e professores, muitas vezes pelo medo do broncoespasmo induzido por exercício (BIE) tem afastado essas crianças do meio social deixando-as com a auto-estima e confiança baixos. A atividade física se faz necessária para que a criança obtenha um desenvolvimento harmônico entre ele e os outros indivíduos. (NIETO, 1983).

A suspensão da atividade física pode ocasionar um aumento das crises, esse aumento pode ter como consequência a diminuição da qualidade de vida da criança asmática. A criança que frequentemente pratica uma atividade física tem a possibilidade de controlar sua asma, através dos exercícios e movimentos proporcionados e adaptados a eles, onde possa existir uma frequência e intensidade diminuída dos sintomas.

Desta forma, este estudo busca analisar as consequências do período de interrupção das atividades na frequência das crises durante a suspensão de programa de atividade física adaptada para crianças asmáticas, ou seja, a suspensão da atividade física acarreta aumento na frequência de crises asmáticas em crianças? Desta problemática, o presente estudo tem como objetivo verificar se a prática da atividade física diminui a frequência das crises em crianças de 05 a 10 anos e investigar se o programa de atividade física contribui para melhorar a qualidade de vida das crianças asmáticas.

O estudo é relevante, pois lança informações para os profissionais que mantêm contato com essas crianças incluindo os alunos do curso de Educação Física, familiares, crianças asmáticas e a sociedade a aprofundar seus conhecimentos e colaborar para que as crianças obtenham uma melhor qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO, CARACTERÍSTICAS E CLASSIFICAÇÃO DA ASMA

Dados referentes ao III Consenso Brasileiro de Asma (2002) pronunciam que a asma é definida como uma doença inflamatória crônica onde suas características recorrentes são tosse, dispnéia e aperto no peito, a noite e pela manhã ao despertar é o momento de ocorrência das crises.

Segundo Nunes et al. (2003) a asma brônquica, é uma doença cujo conhecimento se perde no tempo, descrita a muitos séculos e reconhecida pela classe médica. No grego “Asthma” cujo significado é “sufocante” e “arquejante” na qual a sua paternidade é atribuída a Hipócrates (460-370 AC).

A asma é uma doença do aparelho respiratório, caracterizada por um aumento no grau de reatividade das vias aéreas traqueobrônquicas a diferentes estímulos, manifestando-se por um estreitamento generalizado dos brônquicos que resolve espontaneamente ou a custa de medicamentos específicos. A hiperreatividade das vias aéreas pode ser causada por diversos fatores ambientais, provocando assim uma infecção do aparelho respiratório. O aparecimento da asma pode ter como causa uma exposição a substâncias alergênicas, irritantes, infecciosos, climáticos ou emocionais, o aparecimento dessas sensibilidades esta ligada a fatores hereditários ou a infecções produzidas por vírus (COSTA, 1993). A asma age de modo totalmente desigual entre os indivíduos e até mesmo no seu próprio corpo. Os sintomas da asma podem persistir por vários dias ou momentos passageiros, nos seus sinais estão presentes: tosse, sibilos, dispnéia, cianose, hiperinsuflação do tórax, taquicardia e pulso paradoxal, esses sinais e sintomas se apresentam em estado variável de acordo com o estágio e intensidade da ocorrência.

Conforme o III Consenso Brasileiro de Asma (2002), a mortalidade por asma ainda é baixa, mas apresenta uma magnitude crescente em diversos países e regiões. Nas últimas décadas verificam-se avanços notáveis na compreensão da fisiopatologia da asma, mas, na qualidade e diversidade do tratamento disponível não se verificou uma redução significativa da morbidade desta doença (PRAÇA; COSTA 2003). Nos países em desenvolvimento, a mortalidade por asma vem aumentando nos últimos 10 anos, correspondendo 5 a 10% das

mortes por causas respiratórias, com elevada proporção de óbitos domiciliares, atingindo principalmente crianças com idade inferior a 12 anos de ambos os sexos. FERREIRA; KIRK; SIQUEIRA (2000).

De acordo com o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (2002), a asma pode ser classificada quanto a sua gravidade em intermitente, persistente leve, moderada e grave. A avaliação pode ser feita pela análise da frequência e intensidade dos sintomas e pela função pulmonar na qual dá o diagnóstico da gravidade da mesma. No quadro 1 são apresentados os principais parâmetros para classificação da gravidade da asma.

Quadro 1 – Classificação da gravidade da asma *

CLASSIFICAÇÃO DA ASMA				
ASPECTOS CLÍNICOS	<i>INTERMITENTE</i>	LEVE	<i>PERSISTENTE MODERADA</i>	GRAVE
Sintomas Falta de ar, aperto no peito, chiado e tosse	< 1 vez/semana	> 1 vez/semana e < 1 vez/dia	Diários, mas não contínuos	Diários contínuos
Atividades	Em geral normais Falta ocasional ao trabalho ou escola.	Limitação para grandes esforços. Faltas ocasionais ao trabalho ou escola	Prejudicadas Algumas faltas ao trabalho ou escola. Sintoma com exercício moderado como (subir escadas)	Limitação diária Falta freqüente ao trabalho ou a escola. Sintomas com exercícios leves (andar no plano)
Crises	Ocasionais (leves) Controladas com broncodilatadores, sem ida à emergência.	Infreqüentes Algumas requerendo curso de corticóides	Freqüentes Algumas vezes com ida à emergência, uso de corticóides sistêmicos ou internação	Freqüentes Graves necessidade de Corticóides sistêmico, internação ou com risco de vida
Sintomas Noturnos	Raros < 2 vezes/mês	Ocasionais >2 vezes/mês e < 1 vez/semana	Comuns > 1 vez/semana	Quase diários > 2 vezes/semana
Broncodilatador para alívio	< 1 vez/semana	> 2 vezes/mês e < 1 vez/semana	> 2 vezes/semana e < 2 vezes/dia	> 2 vezes/dia
PFE ou VEF1, nas consultas	Pré-bd > 80% Previsto	Pré-bd > 80% ou previsto	Pré-bd entre 60% e 80% previsto	Pré-bd < 60% previsto

*Fonte: Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (2002).

Os asmáticos classificados como graves são a minoria, cerca de 5% a 10%, representando assim a maior parcela em utilização de recursos. A outra parcela está dividida em intermitentes ou persistentes leves 60% e moderados 25% a 30%. (III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002).

2.2 QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA ASMÁTICA

O assunto qualidade de vida de pacientes portadores de asma está sendo cada vez mais estudado. Com isso, a família se sente forçada a aprender lidar com uma nova realidade que vai interferir no seu convívio, fazendo alterações na sua rotina e por vezes necessitando estabelecer novas relações interpessoais. A criança doente fica assustada, sente dor, desconforto e observa uma vasta gama de modificações no seu corpo que desconhecem e não compreendem (PINTO, 2003), uma dessas modificações mais frequentes são as deformidades da postura corporal. O cuidado com essas crianças requer um conhecimento específico do mecanismo e especificidades da doença, compreensão e aprendizagem tanto da família quanto dos profissionais que lhe atendem em seu tratamento.

A família tem importância fundamental no tratamento da criança portadora dessa doença (AMORIM, 2003; TAVEIRA; CARVALHO, 2000). Ela precisa estar sempre presente, sendo a mais atingida com as consequências da doença, incluindo os custos com a medicação e perda do dia de trabalho para acompanhar a criança como garantia de um melhor controle da doença (ALMEIDA, 2000; COSTA; PRAÇA 2003). Elas são manipuladas dentro dos hospitais por pessoas que não conhecem, e só se sentem protegidas quando estão perto dos seus pais.

Alvares (2001), afirma que a educação do asmático com relação à reeducação respiratória é de fundamental importância para algumas crianças, tendo que fazer uso de inaladores antes de uma atividade física para que quando iniciado não tenha que parar devido aos sinais de uma crise. De acordo com Yamamura (1997), as irritações habituais das crises e repetidas internações, o uso prolongado e frequente de medicamentos, a redução no rendimento e frequência escolar, além da restrição às práticas desportivas, interferem na qualidade de vida das crianças. Esses acontecimentos podem afetar a confiança do asmático, e fazê-los com que se sintam menos capazes evitando muitas vezes atividades físicas e

esportivas, tornando-se fisicamente menos apto devido à falta da prática de uma atividade física e não a incapacidade física (TEXEIRA, 1990).

O mesmo autor assegura que a prática da atividade física é importante para a saúde física e mental do asmático. As experiências ocorridas durante os exercícios proporcionam oportunidades de relacionamentos entre as crianças na qual utilizam as brincadeiras como forma de interação, melhorando a auto-estima, autoconfiança e prevenindo doenças psicossociais. Qualquer intervenção ao contexto psicológico, social, escolar e familiar não irá conduzir à melhor estratégia para uma prevenção de crises asmáticas (COSTA; PRAÇA 2003).

Para Welsh (2005), um programa regular de atividade física não cura a asma, mas ele pode reduzir a quantidade de obstrução das vias aéreas de algumas crianças. Um programa de atividade física deve conter sessões de exercícios composta por atividades gerais que proporcionem maior eficiência física, maior autoconfiança, e que permita o desenvolvimento social e afetivo, que facilitem a mecânica respiratória, a profilaxia e que auxilie na postura, melhorando a resistência geral (MOISÉS, 1993).

2.3 ATIVIDADE FÍSICA E ASMA

A asma brônquica frequentemente inicia-se na infância, sendo uma doença crônica das mais comuns nesta faixa etária. Aproximadamente 80% das crianças asmáticas desenvolvem os sintomas antes dos 5 anos de idade e, em até 50% dos casos os sintomas se desenvolvem no primeiro ano de vida (QUACKBOSS; LEOWITZ; KRZANOWSK, 1991). Esses sintomas aparecem quando diversos estímulos alérgicos e inespecíficos conseguem desencadear a broncoconstrição e inflamação das vias aéreas. Esses estímulos estão presentes em poeira, fungos, polens, ácaros, pelos de animais, fumaça de cigarro, poluentes de ar, perfumes, medicamentos, mofo, ar frio e exercício. Quando em contato com esses desencadeadores ocorrem as crises asmáticas.

As crianças portadoras da asma têm dificuldade de realizar grandes esforços físicos devido a sua debilidade respiratória. Um programa de atividade física deve ser recomendado para crianças asmáticas (COSTA, 1993). Muitos estudiosos apontam que a atividade física traz benefícios para os portadores da asma (COSTA, 2001; GUALDI, 2004; MOISÉS et al.

1993; TEIXEIRA, 1991), porém é um tratamento contínuo e não uma cura. Melhora o desempenho cardiovascular (RAM et al., 2000), ajuda no controle da doença (WELSH et al., 2005), e no seu tratamento (GINA, 2009).

Para o crescimento e desenvolvimento da criança, a atividade física é de fundamental importância (GARFINKEL, et. al.1992; NASPTZ, 1993). Com grande valor na vida de uma criança asmática, assim como na vida de qualquer criança sem asma, deve-se influenciá-la de tal maneira que ela pratique as atividades que mais gosta. É através dessas atividades que elas serão engajadas na sociedade e se relacionarão com os outros indivíduos. Qualquer indivíduo que seja privado de praticar atividade física terá um atraso acarretando várias consequências como musculatura subdesenvolvida, falta de coordenação motora e falta de resistência orgânica além do isolamento psicológico/social.

A atividade física na idade escolar se torna essencial para o desenvolvimento da criança, devido a seus inúmeros benefícios tanto no aspecto motor, cognitivo, físico, emocional e social. Porém várias crianças são dispensadas das aulas de Educação Física da escola por apresentar dificuldade respiratória, ou pela super proteção dos pais e/ou professores com medo da ocorrência de broncoespamos induzido por exercícios (SILVA; SANTOS; BARROS, 1994). Os sintomas do broncoespasmo são conhecidos como uma obstrução transitória nas vias aéreas logo após o exercício vigoroso, seguido da falta de ar, tosse e o chiado no peito (LAITANO e MEYER, 2007).

Essas atividades favorecem as experiências básicas de movimento ajudando à criança no seu desenvolvimento. Através de atividades em grupo conseguem socializar deixando de lado o isolamento social, sendo mais confiante e conseqüentemente melhorando a auto-estima. A asma quando é tratada adequadamente, não impede o indivíduo de praticar atividade física. Um programa adaptado para crianças asmáticas pode trazer benefícios. As informações sobre a doença e um conhecimento das atividades que agrava a asma assim como o modo de como evitar os fatores desencadeantes da crise e quando a asma está saindo do controle é uma maneira de evitar crises graves, possibilitando um desenvolvimento normal da criança portadora da doença. (BETTI; BARBOSA, 1992).

Broncoespasmo provocada por exercício físico executados de forma inadequada e excessiva poderá desenvolver uma crise asmática na qual é definida como um processo obstrutivo das vias aéreas, reversível, que normalmente cede espontaneamente. (OLIVEIRA, 1984).

Dados na literatura (NIEMAN, 1999) confirmam que 80% a 90% das crianças asmáticas sofrem broncoespasmo ocasionada por exercícios físicos. Para Pituch e Bruggman

(1982) a natação contribui para fortalecer os músculos respiratórios da inspiração e expiração. Sua utilização é recomendada, tendo em vista os seguintes fatores: controle eficiente da respiração, posição horizontal, pressão hidrostática, menor aumento da temperatura corporal e inalação de ar mais quente e úmido pelo vapor encontrado na superfície d'água e pelo ambiente, tanto da água quanto do local, serem mais temperados. Além destes fatores, são também considerados o relaxamento e o trabalho postural conseguido através da água.

A literatura tem evidenciado que a atividade Física Adaptada é considerada hoje um componente no tratamento convencional da criança asmática, proporcionando alterações do quadro clínico em função da diminuição, intensidade, duração e frequência das crises de broncoespasmo, melhora da capacidade respiratória, da função pulmonar, fortalecimento dos músculos respiratórios e simultaneamente de alterações no seu comportamento (COSTA, 2001; PEREIRA, 1999). A natação é reconhecida como exercício físico menos asmagênico que os demais exercícios (FITCH et al., 1976; MEISENHEIMER Jr., 1983; PITUCH & BRUGGEMAN, 1982; WELSH, 2005). Uma atividade realizada ao meio líquido pode proporcionar uma vasta gama das qualidades físicas como o relaxamento, controle respiratório e corporal, aprendizado e aperfeiçoamento de habilidades aquáticas, desenvolvimento da resistência e do sistema muscular (NIETO et al., 1993). A natação com caráter de reabilitação e recreação é altamente benéfica para sujeitos asmáticos. Não só pelos benefícios relativamente ao tratamento dos três principais tipos de asma: alergia, não alérgica e induzida por exercício, mas também pelas suas implicações positivas na qualidade de vida dos indivíduos (FITCH, 1978).

Outro problema enfrentado pela criança portadora de asma é o broncoespasmo induzido por exercício (BIE). A criança que apresenta chiado no peito, tosse, falta de ar entre outros sintomas, pode acionar broncoespasmo induzido por exercício, que se caracteriza pelo estreitamento temporário das vias aéreas durante ou após uma atividade contínuo, moderado a intenso onde os primeiros minutos do exercício ocorre uma broncodilatação seguida de broncoconstrição que geralmente atinge seu pico entre 2 e 5 minutos após o término da atividade física.

A criança que passa pelo processo do broncoespasmo, leva a crer que não é capaz de realizar uma atividade física mais intensa, limitando o aprendizado com o receio de piorar o seu estado. Esse receio pode gerar um ciclo de sedentarismo com consequências no seu condicionamento físico em geral. As atividades levam a criança a experimentar diversos movimentos, através de brincadeiras e jogos que servirá para uma melhor socialização, promovendo um desenvolvimento psicomotor, inter relação com outras crianças e afastando-a

do isolamento social. Por isso o desenvolvimento de atividades físicas adaptadas ao portador de asma se faz necessário para a prevenção do BIE.

2.4 CARACTERÍSTICAS POSTURAS DA CRIANÇA ASMÁTICA

As alterações torácicas e do tronco, podem ser causadas pela modificação da mecânica respiratória e/ou funcionamento fisiológico do pulmão, que podem significar, dependendo da gravidade, uma diminuição da capacidade pulmonar e deformidades. Postura é um composto das posições das diferentes articulações do corpo num dado momento. “A postura correta é a posição na qual um mínimo de estresse é aplicado em cada articulação” (MAGEE, 2002,p.106).

As alterações respiratórias afetam diretamente o tórax, e provoca deformidades na ausência de ar em determinadas áreas pulmonares causadas por obstrução das vias aéreas. Devido a sua forma e elasticidade necessárias para sua função, o tórax é facilmente deformável. Isto explica a frequência de deformidades torácicas. As doenças pulmonares obstrutivas provocam hiperinsuflação pulmonar aguda nas crises, mas que pode se tornar crônica. A repetividade das crises com o aumento de volume residual vai dando ao tórax a característica do padrão respiratório assumido (RATTO, 1981).

A rigidez do tórax se torna um fator limitante para um asmático praticar atividades físicas, se faz necessário conhecer as mudanças que ocorrem na postura da criança. Neste sentido, são recomendados exercícios de desbloqueio torácico com o objetivo de aumentar a mobilidade costovertebral. O desbloqueio torácico é anterior ao trabalho de ginástica respiratória, devido à importância dos movimentos articulares durante a respiração (TEIXEIRA, 1991).

A criança asmática apresenta deformações torácicas devido às constantes crises, que torna a musculatura hipertensa, tornando o músculo diafragmático debilitado. As deformidades mais comuns apresentadas em crianças asmáticas são o aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, a elevação dos ombros e a atitude cifótica. Essas deformidades ocorrem com mais frequência, quando a asma é mais grave. A prática de atividade física pode ser uma importante alternativa no combate ao problema, pois irá ajudar a criança a reeducar sua coluna (NIEMAN, 1999).

Uma reeducação postural do tronco começa inicialmente pela reeducação da respiração, usando para esse fim exercícios respiratórios que modela a superfície das articulações e expande a caixa torácica. Em seguida os exercícios de mobilidades da cintura escapular, exercício abdominal e dorsal também deve ser feito juntamente com relaxamento e alongamento (GAMA, 1993).

As atividades físicas não são simplesmente recomendadas para uma melhora na postura e respiração, mas também por promover um suporte psicológico e ajudar na diminuição da ansiedade. É necessário que os pais estejam atentos para esses desvios, pois quanto mais tarde for detectada mais difícil sua correção.

A criança com deformidades torácicas apresenta limitações em suas oportunidades do dia-a-dia, como desenvolvimento físico e motor, devido às restrições posturais. A uma necessidade de se trabalhar a consciência postural das crianças independentes de serem ou não asmáticas.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa descritiva. Qualitativa porque pode ser entendida como um ato social de construção de conhecimento (GUNTHER, 2006). Segundo Chizzotti (2006), implica uma participação densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa.

A pesquisa qualitativa procura a compreensão do mundo social, na qual o homem constrói seus próprios significados, transformando a realidade em uma natureza múltipla e complexa. A pesquisa descritiva observa, registra, correlaciona e descreve fatos ou fenômenos de uma determinada realidade sem manipulá-los (VALENTIM, 2008). Essa pesquisa é caracterizada pela seleção intencional de uma pequena população, visando obter um conhecimento baseado nas experiências atuais.

O projeto intitulado “Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas” tem como objetivo promover a melhoria da mecânica respiratória e a eficácia da ventilação pulmonar de asmáticos, aumentando assim a tolerância ao exercício físico e possibilitando uma maior qualidade de vida para as crianças, por meio das atividades físicas e de lazer.

O Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas, entra em recesso no meio do ano e no final do ano com um período de dois a três meses referente às férias da universidade. Devido às férias promovidas para os alunos o projeto fica inativo durante os meses de junho/julho e dezembro a fevereiro.

Os participantes da pesquisa foram selecionados pela ficha de inscrição e presença, obedecendo aos critérios de seleção: indivíduos a partir dos 05 aos 14 anos de idade; regularmente matriculados no primeiro semestre de 2010 no projeto de extensão “Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas”, desenvolvido na Praça de Esporte/DEF/CCS da Universidade Federal da Paraíba; ser encaminhadas por pediatras e/ou pneumologistas com diagnóstico de asma e não ter quatro faltas consecutivas. Após ter concluído a busca na ficha de inscrição, obteve-se como resultado 09 crianças que seguiriam os critérios de seleção acima apontados.

O projeto funciona nas terças e quintas feiras, com uma hora de atividade, no horário de 09:00 as 10:00 da manhã. É dividido em quatro etapas básicas, com objetivos específicos

em cada uma. Na primeira etapa são trabalhados os exercícios aeróbios destinado ao aquecimento corporal que dura em torno de 10 minutos; na segunda os exercícios respiratórios e posturais, com ênfase nos grupos musculares do tórax, abdominais e diafragmáticos, com a finalidade de melhorar a função respiratória através de uma maior amplitude da caixa torácica, como também prevenir as deformidades torácicas essa etapa dura em torno de 10 minutos; na terceira etapa são realizadas atividades de natação, com ênfase para o nado crawl e costas, com o objetivo específico de melhorar a capacidade respiratória, durando em torno de 30 minutos podendo haver variações de acordo com o clima; na quarta e última etapa são realizadas atividades de relaxamento, buscando controlar as tensões musculares, objetivando auxiliar no desenvolvimento social, equilíbrio emocional e mental pelo controle respiratório e ainda atividades recreativas visando melhorar a autonomia e a auto-estima da criança e uma maior socialização, essa etapa dura em media 10 minutos. Essas etapas estão presentes na maioria das aulas, podendo haver uma alteração de acordo com o tempo de cada uma. O período de interrupção da prática ocorreu no mês de junho/julho do corrente ano, a pesquisa foi realizada após esse período no mês de outubro.

Para coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada (apêndice A) com aplicação individual. De acordo com Queiroz (1988) a entrevista semi-estruturada é um método que consiste na conversação continuada entre informante e pesquisador na qual conduz a entrevista de acordo com os objetivos da mesma. Foram selecionados da lista de frequência os alunos que tinham mais de 5 meses no projeto. Foram entrevistadas 09 mães e/ou responsáveis pelas crianças que apresentava faixa etária de 05 a 10 anos todas do sexo masculino.

A entrevista foi realizada em momento único onde à mãe e/ou responsável dos alunos, respondiam as questões de acordo com sua interpretação e quando surgindo alguma dúvida perguntava diretamente a pesquisadora, no final da entrevista cada aluno se apelidou para que os resultados fossem expostos não com os nomes, mas com os próprios apelidos, com a finalidade de resguardar o sigilo da identidade do sujeito. Foi utilizado um caderno como diário para fazer observações durante as atividades ocorridas no projeto. Devido uma pergunta apresentar dificuldade na compreensão à mesma foi excluído da entrevista, visando um melhor andamento da pesquisa, essa pergunta não influenciou nos resultados.

A coleta de dados foi realizada em uma sala do Ginásio de Ginástica do departamento de Educação Física na Universidade Federal da Paraíba, na cidade de João Pessoa. A coleta foi realizada pela pesquisadora e voluntária, na terça feira, dia 26 de outubro de 2010, dia de realização das atividades. Antes de iniciar a entrevista, foi lido e entregue a cada responsável

pela criança um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B) preenchido antes da entrevista. O termo foi benquisto por todos os responsáveis. A pesquisa foi encaminhada para o comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ HULW/CCS/UFPB e aprovada por meio da certidão de protocolo n°. 464/10 (ANEXO 1). Todos os dados coletados durante a pesquisa foram certificados do sigilo das informações individuais e só foram utilizados para divulgação dos resultados do presente estudo.

Os dados obtidos pela entrevista foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. Essa técnica é;

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens” (Bardin, 1977, p.42).

As informações obtidas pela entrevista referente a frequência das crises de cada criança, foram usadas para análise das crises referentes ao recesso do programa de atividade física, sendo comparada com o programa ativo e inativo e a relação da qualidade de vida das crianças depois que entrou no projeto.

4 ANALISANDO E INTERPRETANDO OS DADOS

Neste estudo não houve parâmetros clínicos nem laboratoriais, como a utilização dos testes de função pulmonar, que são necessários para os diagnósticos e avaliação da severidade e evolução do quadro asmático. Foram utilizados somente entrevistas com as mães e/ou responsável pela criança que não deixa de ser considerada uma excelente fonte de informações.

Tabela 1 - Distribuição dos alunos quanto ao gênero e faixa etária

	Descrição	Quantidade
Gênero	Masculino	09
	Feminino	00
Faixa etária	05 a 07	07
	08 a 10	02

A maioria das crianças se encontra entre 05 e 07 anos e somente dois se encontra entre 08 e 10 anos. Segundo um estudo feito pelo Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) a prevalência média mundial é de 11,6% entre escolares de 06-07 anos e 13,7% entre os adolescentes de 13-14 anos. De acordo com os estudos de SOLÉ et.al.(2007) aplicado em varias cidades brasileiras, a uma prevalência elevada de asma ocorrendo assim 24,3% em escolares de 6-7anos e 19% em adolescentes de 13-14 anos. Segundo vários autores a uma tendência maior entre os meninos com asma do que as meninas (DINWIDDIE, 1992; NEGREIROS, 1984). Os estudos referentes a criança asmática corroboram com o nosso estudo, onde percebe uma maior frequência da asma em escolares de 05 a 07 anos, com a preocupação de controlar os sintomas da doença, para uma melhor qualidade de vida dos asmáticos. No projeto uma única menina está matriculada, mas, essa não entrou na pesquisa, por ser matriculada no segundo semestre de 2010.

Tabela 2 - Distribuição das crianças relativa à idade da 1ª Crise Asmática

Idade	Nº de crianças
0 a 1 ano	03
1 ano a 2 anos	02
2 anos a 3 anos	04
Total	09

Analisando os dados da tabela 2, observa-se que a maior incidência da primeira crise apresenta-se entre 02 e 03 anos de vida. Das 09 crianças entrevistadas 03 tiveram a primeira crise antes de completar o seu primeiro ano de vida com apenas cinco meses, já 02 crianças tiveram a sua primeira crise, uma com um ano e cinco meses e outra com um ano e três meses. De dois anos a três anos foi relatado que 02 das crianças tiveram a crise aos dois anos de vida e outras duas aos três anos de vida. De acordo com os estudos da Health Latin América (2001) descrevem uma das características predominantes da doença é que, ela aparece antes dos 05 anos de idade. Santos (2003) assegura que a asma inicia-se na fase pediátrica e cerca de 80% dos casos antes dos cinco anos, percebe que todas as crianças entrevistadas tiveram sua primeira crise antes dos cinco anos de idade. Praça e Costa (2003) citam que nas últimas décadas se verificou avanços notáveis na compreensão da fisiopatologia da asma, na qualidade e diversidade do tratamento disponível, mas, no entanto não se verificou uma redução significativa da morbidade desta doença.

Tabela 3 - Distribuição das crianças segundo o tempo de ingresso no programa

Tempo	Nº de Crianças
5 meses a 1 ano	05
1 ano a 2 anos	01
Mais de 2 anos	03
Total	09

Gualdi (2004) diz que é de fundamental importância uma participação regular da criança em um programa de atividade física, onde essa atividade acarretará uma serie de

benefícios, tais como melhora da mecânica respiratória, prevenção, correção e melhoras posturais e, entre outros benefícios, a redução das complicações pulmonares.

Quando foram perguntadas as mães e/ou responsáveis pelo tempo de ingresso da criança no programa obtivemos os seguintes resultados: observa-se que o tempo médio da prática do programa de atividade física é de cinco meses a um ano, isso demonstra que nos últimos anos a asma vem aumentando. De um ano a dois anos somente uma criança foi matriculada. E três crianças praticam o programa de atividade física a mais de dois anos. Para efeitos que possam surgir com influencia da prática da atividade física ás melhoras das crises, o tempo médio da prática da atividade é significativo.

Tabela 4 - Distribuição das crianças, relacionada a prática de outra Atividade Física

Pratica (sim/ não)	Nº de Crianças
Sim	05
Não	04
Total	09

Das 09 crianças entrevistadas 05 frequentam outras atividades que são: fisioterapia respiratória, no departamento de fisioterapia da UFPB a mais de dois anos. Futsal na qual frequentam a mais de cinco meses, sendo realizado na escola onde estuda. As outras crianças frequentam somente o programa de atividade física adaptada para crianças asmáticas, na qual se encaixa a natação.

As mães têm o receio de que seus filhos possam apresentar broncoespasmo induzido por exercício nas praticas das aulas de Educação Física na escola. De acordo com Moraes (2002) a asma é uma doença crônica bastante comum na infância na qual se torna responsável por 30% das limitações de atividades físicas em crianças. Devido as crises causadas pelo broncoespasmo induzido por exercício, leva a criança a crer que ela não é capaz de realizar uma atividade, fazendo que seus movimentos e aprendizado se tornem limitada.

Ratliffe (2000), afirma que os programas de exercícios físicos demonstram melhorar a saúde das crianças com asma sem afetar a doença negativamente. Encorajar a participação regular em atividades esportivas tem mostrado ser um importante fator para melhorar a auto-imagem da criança asmática. Segundo Brook & Benjamini (1993), esse receio de não querer participar de uma atividade pode gerar um ciclo de sedentarismo com consequências no seu condicionamento físico em geral. As atividades levam a criança a experimentar diversos

movimentos, através de brincadeiras e jogos que servirá para uma melhor socialização, aumentando a tolerância ao exercício e a capacidade de trabalho com menos desconforto e redução de broncoespasmo, aumento de apetite, melhora do sono, diminuição do uso de drogas e ainda pode promover um desenvolvimento psicomotor, inter relação com outras crianças e afastando-a do isolamento social. Por isso o desenvolvimento de atividades físicas adaptadas ao portador de asma se faz necessário para a prevenção do BIE.

As atividades são indispensáveis para que as crianças tenham uma socialização e um desenvolvimento físico e motor normal. Quando a criança não está em crise, ela não precisa ser restrita as atividades físicas, pois assim como as outras crianças da sua idade necessita do brincar para desenvolver suas habilidades motoras e conquistar novas experiências.

Tabela 5 - Reconhecimento dos fatores desencadeantes da asma

Agentes	Classificação	Nº de Crianças
Alérgicos	Alimentos	03
	Pêlos	04
	Perfume	01
	Pó	07
Irritantes	Mudança de temp.	02
	Poluição do ar	05
Exercício Físico	-	01
Emocional	Ansiedade	01

A idéia de que o exercício físico é capaz de desencadear uma crise asmática é muito antiga. Por isso muitas mães e professores interrompem as brincadeiras mais agitadas das crianças com medo do aparecimento da crise. Outras crianças se afastam de tudo que exige desempenho físico, optando por atividades mais “intelectuais” e arrumando desculpas para faltarem nas aulas de educação física.

A tabela 5 apresenta os agentes desencadeantes das crises asmáticas. Solé et al. (1998) afirma que de 80% a 90% das pessoas portadoras dessa doença são sensíveis pelo menos a um dos alérgicos ambientais mais comuns, apresentando risco bem maior de manifestar a doença. Corroborando com os estudos de Solé et al. a nossa pesquisa teve uma maior incidência nos alérgicos, dentre estes 03 foi devido a alimentos; 04 devido a pêlos de animais; 01 a perfume; e 07 com maior incidência ao pó. As mães relataram que quando descobriram os agentes

desencadeantes dentre eles o pó, começaram a limpar a casa praticamente todos os dias, para poder prevenir o filho de uma crise. Outras relataram que seu filho não podia comer chocolate, pois quando comia logo apareciam os sintomas de uma possível crise. Em segundo lugar estão os agentes irritantes com 07 casos sendo eles distribuídos da seguinte forma: 02 para mudança de temperatura e 05 para poluição do ar, principalmente a fumaça do cigarro. Com relação as crianças na qual o fator desencadeante foi a mudança de temperatura, as mães relataram que a ultima crise se deu a esse fator, ou seja, mudança do inverno para o verão ou vice-versa. Uma das mães entrevistadas relatou que o pai da criança deixou de fumar quando descobriu que seu filho desencadeava uma crise sempre quando ele acendia um cigarro. Em terceiro lugar está o agente exercício físico e emocional com 01 caso para cada agente. Uma mãe relatou que no período de provas na escola seu filho fica bastante ansioso com possibilidades de ocorrer uma crise. Concordando com Solé, percebemos que as crianças apresentaram mais de um agente desencadeante das crises asmáticas, com uma maior incidência nos alérgicos.

Tabela 6 - Sintomas apresentados durante as crises asmáticas antes e após a entrada no programa

Antes de entrar no Programa	Nº de crianças	Após a entrada no Programa	Nº de crianças
Tosse	09	Tosse	09
Falta de ar	07	Falta de ar	05
Chiado no peito	02	Chiado no peito	-
Febre	04	Febre	-
Vômito	01	Vômito	-
Sibilos	02	Sibilos	-
Cansaço	02	Cansaço	01

Na crise asmática o individuo pode apresentar vários sintomas como: tosse, sensação de aperto no peito, chiado no peito, falta de ar, dificuldades de realizar esforços dentre outros. Esses sintomas podem variar de acordo com a idade, condicionamento físico e outros fatores individuais de cada pessoa. De acordo com a tabela 6 compreendemos a diferença dos sintomas apresentados pelas crianças antes e após a entrada no programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas. Um dos sintomas mais agravantes é a tosse que se

encontra presente antes e após a entrada das crianças no programa, dados revela que todas as crianças apresentavam este sintoma antes de iniciar o programa. A falta de ar também está presente em 07 das crianças que foram entrevistadas. Logo em seguida podemos perceber que o aumento da temperatura, ou seja, a febre esteve presente em 04 das crianças e o chiado no peito, sibilos e cansaço teve uma media de 02 crianças para cada sintoma. Somente uma criança apresentou o sintoma vomito antes de iniciar o programa.

Uma diminuição da intensidade dos sintomas após a entrada das crianças no programa é visível, visto que permaneceu somente a tosse manifesto em 09 crianças e a falta de ar apresentada por 05 crianças. Das mães entrevistadas duas relataram que seus filhos conseguem controlar a falta de ar quando tem uma crise, isso é possível devido aos exercícios de respiração praticados no programa. A atividade física desenvolvida criteriosamente para portadores de asma melhora a função ventilatória, a função torácica, reduz o gasto energético da respiração, aumenta a mobilidade torácica, melhora a movimentação diafragmática, previne alterações posturais, melhora a condição física e favorece um desenvolvimento normal da criança (TEIXEIRA et al. 1993).

A presença de uma menor intensidade dos sintomas (tosse e falta de ar) e o desaparecimento provisório de outros (febre, vômito, sibilos, chiado no peito e cansaço) nos faz acreditar que o Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas, tem proporcionado uma melhor qualidade de vida para as crianças do programa, visto que os sintomas vêm diminuindo significativamente, colaborando para que elas possam viver da melhor forma possível e praticar as atividades do próprio cotidiano, sem medo de sofrer um broncoespasmo induzido pelo exercício que está sendo realizado.

Tabela 7 - Frequência das crises quando o programa está ativo e quando entra em recesso (inativo)

Programa Ativo			Programa Inativo		
Não apresenta crise	Raramente apresenta crise	Constantemente apresenta crise	Não apresenta crise	Raramente apresenta crise	Constantemente apresenta crise
	09			08	01

Percebemos na tabela 7 que quando o programa se encontra ativo os 09 alunos raramente apresentam crises. Dados da entrevista relatam que no período que o programa está ativo os alunos conseguem controlar uma possível crise sem precisar levá-lo ao médico, os sintomas são pouco visíveis e o programa serve como lazer para que eles possam se divertir e controlar a asma. Com relação ao período que o programa se encontra inativo 08 alunos raramente apresentaram crises e 01 constantemente tem crises. Uma mãe relatou que no mesmo período das férias do programa, o seu filho também está de férias da escola o que leva a se expor aos agentes desencadeadores com mais frequência. Outras mães entraram em acordo e falaram que: “parece que as crianças no período de férias esquecem tudo o que aprenderam no programa com relação à respiração e também tiram férias da doença” deixando-os mais vulneráveis a crise.

Quando o programa se encontra ativo notamos que as crianças estão a todo o momento atento a sua doença, e quando os sintomas aparecem em casa elas tentam logo controlá-los, as mães afirmam que as crianças quando de férias tanto da escola quanto do projeto, permanecem muito tempo dentro de casa, e muitas vezes uma crise é desencadeada pelo pó/poeira dos móveis que elas estão limpando. A mãe do leão relatou que no tempo de férias seu filho apresenta tosse e falta de ar (sintomas) com a mudança de clima e não consegue controlar, mas, no tempo que o projeto se encontra ativo, e também há mudanças de clima ele apresenta os mesmos sintomas, mas, consegue controlá-los muito bem.

As respostas foram praticamente as mesmas, mas, elas tomam caminhos diferentes. Percebemos que a resposta das mães com relação ao projeto ativo (raramente apresenta crise), é que as crianças conseguem controlar os sintomas da asma, e esses quando aparecem são poucos visíveis. A outra resposta relacionada com o projeto inativo (raramente apresenta crise) refere-se ao fato que as crianças desencadeiam as crises, mas, não conseguem controlá-las como fazem quando o programa está ativo, deixando-os debilitados e muitas vezes havendo a necessidade de levá-los ao hospital.

Ao retornar o programa após o término das férias percebe-se um menor número de crianças, e quando a professora procura informações com as mães e/ou responsáveis se surpreende com a notícia de que algumas tiveram crise nas férias e estão internadas. No projeto “Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas” elas praticam exercícios controlados e adequados para sua doença, ajudando-os a lidar com os sintomas e a prevenir os fatores desencadeantes.

4.1 IMPORTANCIA DO PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A CRIANÇA ASMÁTICA

Nesse momento será analisada a importância do programa de atividade física para cada criança de acordo com a percepção de cada mãe ou responsável, com ênfase na qualidade de vida e a relação com outras crianças dentro do projeto. Quando se perguntou sobre a importância do programa, algumas mães ou responsáveis deram respostas curtas, outras exemplificaram. Para as mães entrevistadas o programa ajuda na melhora da qualidade de vida do seu filho, proporcionando um momento de lazer, descontração e acima de tudo uma melhor capacidade para controlar a asma. Para garantir a privacidade dos entrevistados, foram utilizados na identificação nomes ilustrativos.

Maravilhoso, pois, ajuda meu filho a praticar atividade física a natação que foi indicada pelo pediatra dele e se relacionar melhor com outras crianças, melhorando seu comportamento social. (Mãe do LEÃO)

Bom! Porque conhece o meio aquático, deixando de ter medo, a natação também ajuda a desenvolver a função pulmonar e a diminuir o peso, pois ele está meio gordinho. Ele é bastante conversador ajudando no diálogo entre seus amiguinhos do projeto. (Mãe da ESTRELA)

Depois que meu filho entrou no programa a mais de 2 anos percebi que ele melhorou muito sua respiração, agora a duração das crises diminuíram e ele conseguiu controlar a falta de ar. Ele é uma criança tímida, mas, com a ajuda das professoras ele conseguiu se soltar e brincar com seus colegas. (Mãe do GOLFINHO)

Tem pouco tempo que meu neto faz essas atividades, ele gosta de fazer novos amigos, tem muitos amigos, é importante ele vir pra cá pra poder melhorar a respiração e não ter mais asma, por isso eu trago ele. (Mãe do TUBARÃO)

Depois que [...] começou a participar do programa ele teve poucas crises antes ele tinha direto, mas quando não tem projeto o numero de crises aumenta e às vezes é preciso levá-lo para o hospital. (Mãe do PEIXE)

O programa dá a oportunidade para ele poder brincar com outras crianças, fazer os testes pra saber se sua respiração ta boa, faz exercício para melhorar a respiração pra saber controlar quando vem a crise. Ele é bem tímido quase não fala diferente do irmão. (Mãe do CAVALO)

Meu filho tem mais de 2 anos, ele, [...] entraram juntos, e percebi que meu filho quando tem crise só faz tossir não tem mais aqueles sintomas fortes que apresentava antes como falta de ar, cansaço, ele hoje corre bastante brinca demais até e não tem crise, é um menino bastante serio na hora que tem que ser. (Mãe da BALEIA)

É muito importante pra ele, ele melhorou muito suas crises e a essa convivência com crianças com o mesmo problema faz ele não se sentir só, ele pode brincar na água que ele gosta muito e pode fazer novas amizades. E também eu faço hidroginástica no mesmo horário pela manha e não tem como deixar ele com alguém, ele não pode ficar só, vai que tem uma crise. (Mãe do CARANGUEJO)

Esse projeto é muito importante para vida do meu filho, pois ele faz novas amizades com outras crianças, aprende a nadar e o mais importante são as atividades realizadas para melhorar a respiração e prevenir os problemas da coluna que essa doença pode causar nele. (Mãe do CAMARÃO)

Diante disso percebemos que as mães e/ou responsável pelas crianças tem consciência da importância tanto da realização das atividades físicas quanto do programa adaptado para elas. A maioria (mãe do golfinho, tubarão, cavalo, camarão) respondeu que o programa ajuda

seu filho a melhorar sua respiração, ou seja, há uma melhora na ventilação pulmonar, um aumento do volume da caixa torácica e um movimento do diafragma que promove a expansão do tórax auxiliando a uma melhor respiração quando em crise.

A asma é uma doença em que o controle adequado dos sintomas pode proporcionar bem estar e o exercício físico com intensidade baixa á moderada é um aliado que é capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida para portadores dessa doença. As crianças asmáticas que frequentam um programa de atividade física adaptada para suas necessidades se beneficiam com a melhora da capacidade cardiovascular e respiratória assim como uma melhor autoestima e autoconfiança. Os tempos em que as crianças eram excluídas das atividades esportivas, resultantes de uma super proteção dos pais, ignorância médica e deficientes formações de professores acabaram (FITCH, 1978). Os alunos com asma agora praticam atividades comum a todos da sua faixa etária, com um controle e reeducação passados nos programas de atividade física. Silva (2001) diz que para auxiliar no controle adequado da doença e tentar melhorar a qualidade de vida das pessoas asmáticas, há a necessidade de programas de educação em asma das mais variadas formas para uma melhor reabilitação.

As mães (de leão, tubarão, cavalo, baleia, golfinho, estrela, caranguejo) também ressaltaram que o programa oferece uma oportunidade para que as crianças façam novas amizades, conhecendo outras crianças com os mesmo problemas de saúde podendo assim compartilhar experiências já vividas entre elas e entre as crianças. Essa possibilidade de fazer novas amizades também ajuda na socialização das mesmas, visto que o projeto “Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas” através das atividades recreativas realizadas tem como objetivo o auxilio no desenvolvimento social, o equilíbrio emocional e mental visando melhorar a autonomia, auto-estima e a socialização das mesmas.

A importância da natação para as crianças também é bastante visível, todos os alunos foram encaminhados por pediatras ou pneumologistas com diagnostico de asma, necessitando praticar uma atividade física e de preferência a natação, pois, essa atividade é menos asmagênico. A natação com caráter recreativo é uma modalidade bastante recomendada desde os anos sessenta, para reabilitação física e para complementar o tratamento de varias doenças FITCH(1978). A natação não cura asma, mas, pode ser uma excelente prática desportiva quando interligada com outras atividades que auxiliem na melhora da doença. Um estudo da Universidade Médica de Taipei, em Taiwan confirma que a natação promove um desenvolvimento físico e psicológico normal, incluindo o aumento do volume dos pulmões e o desenvolvimento de boas técnicas de respiração.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um programa de atividade física adaptada e elaborada para crianças asmáticas é eficaz, pois proporciona a criança uma melhor mecânica respiratória, ajudando-a a aumentar sua tolerância à prática de exercício físico. O objetivo desse estudo foi analisar informações com as mães e/ou responsável, se há um aumento na frequência das crises durante a suspensão de Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas.

Com essa finalidade, o estudo foi desenvolvido com as mães e/ou responsável pelos alunos matriculados no projeto “Programa de Atividade Física Adaptada para Crianças Asmáticas” que acontece na Universidade Federal da Paraíba. Dos entrevistados todos pertenciam ao sexo masculino havendo assim uma incidência maior da asma entre os meninos do que as meninas com a faixa etária entre 5 a 10 anos.

As respostas apresentadas pelas mães ou responsável com relação a frequência das crises quando o programa se encontra inativo, nos leva a crer que os sintomas e a frequência aumentam quando o programa se encontra em recesso, isso porque eles ficam mais vulneráveis aos fatores desencadeantes das crises por dois motivos, um porque a criança se encontra de férias da escola, deixando de praticar alguma atividade, e o outro porque se encontra de “férias” do programa na universidade, deixando-o mais livre para a prática de outras brincadeiras e atividades na qual muitas vezes não são controladas e muito pouco adaptadas as suas necessidades. Percebemos também que a multiplicidade dos sintomas apresentados antes da entrada no programa era bastante grande, se relacionarmos com os sintomas apresentados agora após a entrada no programa, percebeu-se que nem todos os sintomas desapareceram, mas decaíram bastante tendo assim uma incidência maior só no momento de crises onde muitos dos alunos conseguiam controlar.

Os entrevistados responderam sobre a importância do programa para vida do seu filho, dando uma ênfase maior para socialização da criança com as outras crianças do projeto, como também, a melhora da capacidade respiratória da mesma.

Dessa forma concluímos que o programa de atividade física adaptada para crianças asmáticas, traz grandes benefícios físicos, mentais e sócio-afetivos. A socialização com outras crianças que apresentam a mesma doença, e o prazer em conseguir realizar atividades indicadas pelos professores, tem refletido na melhora da qualidade de vida dessas crianças, uma vez que, os sintomas controlados ajudam a participação desses indivíduos nas atividades propostas. Há também uma interação familiar bastante positiva, pois, um programa

educacional sobre asma que envolve mãe e filho juntos, possibilita o aprendizado de como lidar com a doença. Sugerimos ainda novos estudos nessa área, principalmente com relação às atividades mais propícias aos portadores de asma, uma vez que na literatura a maioria indica a natação, mas sabe-se que outras atividades podem beneficiar o asmático tanto quanto a natação, quando bem controladas e adaptadas.

6 REFERÊNCIAS

ALVARES, M.E. **Asma de esforço ou asma induzida pelo exercício**. Rev Port Pneumol . 2001.139p.

AMORIM, R. **Fisioterapia Respiratória**. Nascer e Crescer. XII (3) 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BETTI, I. R. & BARBOSA, G. O. S. **Efeitos da Ginástica Respiratória e da Natação como auxiliar no tratamento de crianças asmáticas no período inter-crise**. Anais da 44s Reunião anual da SBPC: 140, 1992.

BROOK, U. & BENJAMINI, Y. **Self-esteem of asthmatic children and adolescents: a pilot study**. Pediatric Asthma Allergy Immunol. 1993.167-171p.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa**. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. 144p.

COSTA. N. P DA. **Resultados de um programa de tratamento com ou sem treinamento em crianças com asma**.apresentada na Universidade Federal de São Paulo, na Escola Paulista de Medicina, curso de Pediatria, 2001.

COSTA, M. F., & COIMBRA, M. S. **Cinesiterapia Respiratória. Reeducação Funcional Respiratória**. In Cruz, A.G. Manual de Sinais Vitais. Técnicas de reabilitação II. .1997. 109-127p. Coimbra: Formasau.

_____. **Asma brônquica na infância e adolescência** (Cap. 1). Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria dos Desportos, 1993.

DINWIDDIE, R. **O diagnóstico e manejo da doença respiratória pediátrica.** Porto alegre: Artes medicas. 1992.

FERREIRA, S. P.; KIRK, K.; SIQUEIRA, H. R. de. Asma brônquica. In: SILVEIRA, I. C. da. **O pulmão na prática médica: sintoma, diagnóstico e tratamento.** 4. ed. Rio de Janeiro: Epub, 2000. cap. 35.

FITCH, K. D. et al. **Effects of swimming training on children with asthma.** Arch. Disease in childhood, 51: 1976.190-194.

FITCH, K. . Swimming medicine end asthma. **In: Eriksoon B end Furberg B. Swimming Medicine.** IV. Int Series On Sport Sci. University Park Press- Baltimore. Vol 6: 16-31. 1978.

GALFINKEL, S. K. **Physiologic and nophysiologic determinants of aerobic fitness in mild to moderate asthma.** American Review of Respiratory Disease, New York, v. 145, 1992. p. 741-745.

GAMA, R.I.R apud MOISES. M. P. **A postura da criança asmática.** Atividades físicas e criança asmática. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria dos Desportos, 1993.p.69-88.

GINA. **Global Initiative for Asthma.** Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2009. 1-109.

GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA. **Pocket guide for asthma management and prevention.** NIH Publication 1995.

GUALDI, F. R. Asma e os benefícios da atividade física. **Revista Digital**, ano 10, n.72, maio 2004. Disponível em <http://www.efdesportes.com>. Acesso em: 7 jun. 2010.

GÜNTHER, H. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22(2). 2006.

LAITANO, O.; MEYER, F. **Asma induzida pelo exercício: aspectos atuais e recomendações.** Rev Bras Med Esporte [online]. vol.13, n.1. Niterói jan/fev 2007. p. 67-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 22 de out.2010.

MAGEE, D.J. Avaliação Postural In: Magee DJ. Disfunção Musculoesquelética. 3ª edição, São Paulo: Manole:, 2002, p.105-157.

MEISENHEIMER Jr., J. **Training asthmatic children Swimming Technique**. 1983, p. 29-31.

MOISÉS, M. P. (coord.). **Atividades físicas e criança asmática**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria dos Desportos, 1993.

MORAES, L. S. L. et al. **Fatores de risco, aspectos clínicos e laboratoriais da asma em crianças**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 66, n. 6, 2002, p. 447-454.

NASPTZ, C.K; HOLANDA, M.A; SOLÉ, D.I. **Consenso Brasileiro no Manejo da Asma**. Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia. Fortaleza, 1993.p 42.

NEGREIROS.B.E. Asma Brônquica. In: Aloysio de Paula. (Ed.). Pneumologia. São Paulo. Sarvier. 1984.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.

NIETO, P. et al.. **Educação Física e a criança portadora de asma-brônquica**. São Paulo: Escola de Educação Física da USP, 1979- (apostila mimeografada).

NOGUEIRA, D. P. Fadiga. In: FUNDACENTRO. **Curso de médicos do trabalho**.São Paulo, 1974. v.3, p. 807-813.

NUNES. C; LADEIRA. S. E PINTO, J. R. **Definição, Epidemiologia e Classificação da Asma na Criança**. In Pinto, José Rosado & Almeida, Mário Morais. A criança asmática no mundo da alergia. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Lda. 2003, p.35-55.

OLIVEIRA, P. R. de. **Natação Terapêutica** para pneumopatas. São Paulo, Panamed artes gráficas. 1984. p. 127.

PRAÇA. M. F. E,COSTA HERCULANO. **Qualidade de Vida e Impacto Social na Avaliação do Controlo da Criança Asmática.** In Pinto, José Rosado & Almeida, Mário Morais. A criança asmática no mundo da ALERGIAALGÉS: EUROMÉDICE, EDIÇÕES MÉDICAS, LDA. 2003, p.149-154

PEREIRA, V. A. In: GRISI, R. N. F.**Educação física e esportes:** abordagens multidisciplinares. João Pessoa, Editora Universitária UFPB, 2005, p.131-147.

PITUCH, M. & BRUGGEMAN, J. **Lungs inlimited** – A self-care program for asthmatic children and their families. *Children Today.* 1982, p. 28-35.

PINTO, REIMÃO V. **Doença Crónica – Aspectos Psicológicos da criança asmática.** In Pinto, José Rosado & Almeida, Mário Morais. A criança asmática no mundo da alergia. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Lda. 2003, p.149-154.

QUACKBOSS,J.J., LOWITZ,M.D., KRZYZANOWSKI,M. A razão da variação normal da troca diurna no pico de fluxo expiratório. **Relação dos sintomas com a doença respiratória.** Am. Vev. Resp. Dis. Yucson, v.43. n.2, 1991, p.30.

RAM, F.S.F.; ROBINSON,S.M.; BLACK, P.N. **Effects of physical training in Asthma:** a systematic review *Sports Med* 2000; V 34, p.162-167.

RATLIFFE, K. T. **Fisioterapia clínica pediátrica:** guia para equipe de fisioterapeutas. São Paulo: Santos, 2000.

RATTO, O.R. et al. **Insuficiência respiratória.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

SANTOS, J.- **Historia natural da asma na criança.** In Pinto, José Rosado & Almeida, Mário Morais. A criança asmática no mundo da alergia. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Lda. 2003, p.57-63.

SILVA, F.M., SANTOS, A. C. BARROS. J. M. **As atividades físicas na recuperação da criança portadora de deficiência respiratória.** *Revista do centro de ciências da saúde, João Pessoa,* v.13, n4, 1994, p. 16-21.

SILVA, L. C. C. **Condutas em pneumologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. v.2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **III Consenso Brasileiro de Manejo da Asma**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2002. 1-28.

_____ **II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 1999, p.1-161.

_____ **III consenso brasileiro no manejo da asma**. Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 46 n.3, 151-172, jul./dez. 2002 Disponível em: <<http://www.amrings.com.br/pdf>>. Acesso em: 21out.2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Manual de pneumologia**. Porto Alegre. TEIXEIRA, L.R. (1990). Efeitos de um programa de atividades físicas para criança asmática, avaliados por provas de função pulmonar. São Paulo: Dissertação (Mestrado). Escola de Educação Física da USP. 2002, p.72

SOLÉ, D; CASSOL, V.E; SILVA, A.R. et.al. **Prevalência dos sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre adolescentes que vivem em áreas urbanas e rurais em diferentes regiões do Brasil**. Allergol Immunopathol.2007, p.248-53.

SOLÉ, D. et al. **A asma na criança: classificação e tratamento**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 74, supl. 1, p. 48-58, nov./dez. 1998.

SOUZA, F, BARROS, JF. Morbidade e mortalidade por asma no Rio Grande do Sul no período de 1990 a 2001: existem diferenças entre os sexos? Trabalho de conclusão do curso de Medicina. Canoas: ULBRA, 2002.

TAVEIRA, N. E CARVALHO. A. **Qualidade de vida na asma**. Medicina & saúde. p. 31-49. Maio 2000.

TEIXEIRA, L.R. **Educação física escolar: alterações posturais e respiratórias na infância e adolescência**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Educação Física da USP, 1991.

TEIXEIRA, L. R. et al. **Educação Física Escolar Adaptada: Postura, Asma, Obesidade e Diabetes na infância e na adolescência.** São Paulo, 1993.

TENROLLER, C. A. **Asma e atividade física em crianças.** Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Universidade Luterana do Brasil. Canoas, 2004.

UNIVERSIDADE MÉDICA DE TAIPEI. **Asma e natação.** Fev. 2010 Disponível em <http://asmatratada.blogspot.com/2010/02/asma-e-natacao.html> acesso em 13 de Nov de 2010

VALENTIM, M. L. P. (Org.). **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação.** São Paulo: Polis, 2005, p.176.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". In: VON SIMSON, O. M. (org. e intr.). **Experimentos com histórias de vida** (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, v.5, 1988, p. 68-80.

WELSH, L.; KEMP, J.G.; ROBERTS, R.G. **Effects of physical conditioning on children and adolescents with asthma.** Sports Med 2005, p.127-41.

YAMAMUDA, Y. **Efeito da acupuntura no tratamento da asma brônquica em crianças em relação à qualidade de vida.** Revista Paulista de Acupuntura, São Paulo, 1997 p.63.

ANEXOS

Anexo 1: Certidão de Aprovação do Comitê de ética



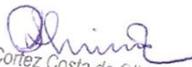
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
 HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 31/08/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado O EFEITO DA SUSPENSÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA FREQUÊNCIA DAS CRISES ASMÁTICAS EM CRIANÇAS. Protocolo CEP/HULW nº. 464/10, Folha de Rosto nº 363732, CAAE Nº 0374.0.126.000-10 das pesquisadoras FERNANDA NUNES DOURADO CARDOSO e Profº VALTER DE AZEVEDO PEREIRA (orientador).

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 31 de agosto de 2010.


 Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro da Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Esta pesquisa será realizada com o objetivo de contribuir para um trabalho monográfico de conclusão do curso de Licenciatura em Educação Física.

TEMA: O efeito da suspensão da atividade física na frequência das crises asmáticas em crianças.

OBJETIVO DO INSTRUMENTO: buscar informações com as mães e/ou responsável, se a um aumento na frequência das crises durante a suspensão de programa de atividade física adaptada para crianças asmáticas

QUESTIONÁRIO REALIZADO PELAS MÃES E/OU RESPONSÁVEIS

NOME DO ALUNO: _____

Idade: _____ Sexo: Fem () Masc ()

Data da Entrevista ____/____/____

1º Quanto tempo tem que seu filho faz parte do Programa de Atividade física para Crianças Asmáticas?

- a) 3 a 6 meses ()
- b) 6 a 1 ano ()
- c) Mais de 1 ano ()

2º Depois que seu filho entrou no programa qual a frequência das crises?

- a) Não apresenta crises ()
- b) Raramente tem crises ()
- c) Constantemente tem crises ()

3° Quando o programa entra em recesso qual a frequência das crises do seu filho?

- a) Não Tem Crises ()
- b) Raramente Tem Crises ()
- c) Constantemente Tem Crises ()

4° Antes de o seu filho entrar no programa qual era a frequência das crises?

5° Qual a importância do programa para a vida do seu filho e a relação dele com outras crianças do projeto?

6° Pratica outra atividade física além da natação?

7° Quando foi que ocorreu a primeira crise asmática?

8° Quais os sinais que a criança apresentava durante as crises antes de iniciar o programa de natação?

9° Quais os sinais que a criança apresenta agora depois que entrou no programa de natação?

10° Sabe quais são os agentes desencadeantes das crises do seu filho?

11° Depois que começou a fazer parte do programa de natação teve disposição para praticar outras atividades?

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a) _____. Esta pesquisa é sobre O EFEITO DA SUSPENSÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA FREQUÊNCIA DAS CRISES ASMÁTICAS EM CRIANÇAS e está sendo desenvolvida por Fernanda Nunes Dourado Cardoso, aluna do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Valter Pereira Azevedo.

Os objetivos do estudo são: Obj. Geral busca analisar as conseqüências do período de interrupção das atividades na frequência das crises durante a suspensão de programa de atividade física adaptada para crianças asmáticas. Obj. Específico: Verificar se a prática da atividade física diminui a frequência das crises em crianças de 05 a 10 anos; Investigar se o programa de atividade física contribui para melhorar a qualidade de vida das crianças.

A finalidade deste trabalho é contribuir para lançar informações para os profissionais que tem contato com essas crianças incluindo os alunos do curso de Educação Física, familiares, crianças asmáticas e a sociedade, a aprofundar seus conhecimentos e colaborar para que as crianças obtenham uma melhor qualidade de vida.

Solicitamos a sua colaboração para responder a uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a saúde de seu filho.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir

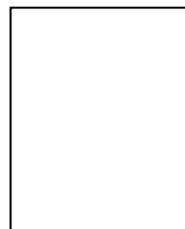
do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Ou Responsável Legal



OBSERVAÇÃO:

Espaço para impressão dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador

Prof. Valter Azevedo Pereira

Endereço (Setor de Trabalho):

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Educação Física

Telefone (83) 3216-7200

Atenciosamente,

Prof. Ms. Valter Azevedo Pereira

Fernanda Nunes Dourado Cardoso