

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

A interferência da asma no cotidiano das crianças

Marisa Augusta Trinca

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Isabel M. T. Bicudo Pereira

São Paulo

2010

A interferência da asma no cotidiano das crianças

Marisa Augusta Trinca

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Isabel M. T. Bicudo Pereira

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

*“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”*

(Fernando Pessoa)

À minha amada família, especialmente
meu pai Antônio e minha mãe Augusta,
inesgotável fonte de amor e inspiração.

Agradecimentos

À minha orientadora Profa. Dra. Isabel M. T. Bicudo Pereira, por me proporcionar, com carinho, paciência, delicadeza e extrema competência, a oportunidade de realizar este trabalho.

À Profa. Dra. Maria Cecília F. Pelicioni, amiga e incentivadora em todas as etapas deste percurso, por compartilhar seu grande conhecimento, encorajando e mostrando novos caminhos da ciência, e com seu exemplo pude transformar obstáculos em degraus para essa conquista.

À Profa. Dra. Ana M. C. Lefèvre e ao Prof. Dr. Fernando Lefèvre, que me acolheram e instruíram pacientemente em momentos difíceis na realização deste trabalho.

À minha irmã Maria Cristina, que não poupou esforços, dispensando seu tempo e conhecimento para me auxiliar neste caminho.

Aos amigos queridos, que de algum modo estiveram sempre ao meu lado com sua competência e carinho.

A toda a equipe da escola onde foi realizada a pesquisa, por me receber e facilitar o desenvolvimento do trabalho.

Às crianças e seus pais que me confiaram palavras e gentilmente se dispuseram a contribuir para a realização e conclusão deste trabalho.

Trinca MA. A interferência da asma no cotidiano das crianças [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Resumo

A asma é responsável pelo acometimento de grande número de crianças em nosso meio, o que a torna uma das doenças de maior relevância na infância. A presente pesquisa tem como objetivos investigar a interferência da asma no cotidiano das crianças portadoras desta patologia e identificar a representação que elas e seus pais fazem da doença. Adotou-se uma metodologia qualitativa capaz de evidenciar, com base na fala dos sujeitos, sua Representação Social da patologia. Para tanto foram realizadas entrevistas com 45 crianças em idade escolar matriculadas na rede pública da cidade de São Paulo com referência da doença, bem como com seus pais e/ou responsáveis. Na análise foram identificadas as representações sociais desta população, utilizando-se o Método do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados dessa pesquisa revelaram o conhecimento adequado das interferências da asma no cotidiano da criança, contribuindo para o enfrentamento de suas repercussões negativas e na elaboração de estratégias de promoção da saúde e qualidade de vida dessas crianças. Essas questões quando conhecidas e compreendidas, trazem alertas à equipe médica responsável pela criança asmática, dada a relação intrínseca entre a representação construída da doença pela criança asmática e por seus pais e a maneira como se sente e interage com o mundo e com a sociedade à qual pertence.

Descritores: Asma; Promoção da saúde; Representação social; Criança; Escola; Qualidade de vida; Cotidiano.

Trinca MA. A interferência da asma no cotidiano das crianças./The interference of asthma in the quotidian of children [dissertation]. São Paulo(BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010

Abstract

Asthma afflicts a great number of children in our society which makes it a significant childhood disease. The present study aims at investigating the disruption caused in the children's daily lives by asthma as well as identifying the way the disease is represented by the children and their parents. A qualitative methodology, based on the verbal discourse of the subjects, was chosen to identify the Social Representation of the pathology. Interviews on the disease were conducted with 45 school children, enrolled in the public schools of São Paulo, together with their parents and/or guardians. Social representations of asthma by this population were identified, using the method of Collective Subject Discourse Method. The results of the research showed enough knowledge, on the part of the subjects, of the interference of asthma in their children's daily lives, helping them to face the negative effects and elaborate strategies to improve their health and quality of life. Once these issues are known and understood, they provide warnings to the medical team responsible for the asthmatic child, due to the intrinsic nature between the representations of the disease built by the asthmatic child and his parents and the way he feels and interacts with the world around him and the society to which he belongs.

Descriptors: Asthma; Health promotion; Social representation; Child; School; Quality of life; Quotidian.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 ASMA.....	11
1.1.1 Definição	11
1.1.2 Diagnóstico.....	12
1.1.3 Classificação	13
1.1.4 Prevalência, morbidade e mortalidade.....	15
1.1.5 Fatores desencadeantes	17
1.1.6 Prognóstico	18
1.1.7 Tratamento	20
1.1.8 A criança asmática	23
2. OBJETIVOS	28
3. MÉTODOS.....	29
3.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS E ENTREVISTAS	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
4.1 ENTREVISTAS COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS	37
4.2 ENTREVISTAS COM AS CRIANÇAS	52
4.3 COMPARAÇÃO PERGUNTA 1-CRIANÇA E 3-PAIS	60
4.4 COMPARAÇÃO PERGUNTA 2-CRIANÇA E 4-PAIS	63
5. CONCLUSÃO.....	70
6. REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	
Anexo 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	76
Anexo 2 – Imagens do flanelógrafo.....	77
CURRÍCULO LATTES	

1. INTRODUÇÃO

A Asma é uma doença complexa, que provoca alterações no desenvolvimento pessoal da criança e na sua dinâmica familiar e social. A doença é representada de formas distintas nas diferentes sociedades, segundo suas especificidades culturais, sociais e históricas, trazendo uma série de significados, além dos conhecimentos científicos dos profissionais da saúde.

Deve-se pensar o doente e suas relações familiares e sociais, considerando, sob um olhar mais amplo e crítico, o processo saúde-doença, o normal e o patológico, o homem em sua integridade física e mental e a doença como um processo dinâmico entre o ser humano e o seu meio (BORBA e SARTI, 2005).

Sendo assim, este trabalho procurou investigar a interferência da asma no cotidiano das crianças portadoras desta patologia, identificando e compreendendo a representação que elas e seus pais fazem sobre a doença, que passa a compor e a definir suas práticas cotidianas como também atua de forma determinada na construção de sua individualidade e representação social.

Para obter uma fundamentação mais sólida sobre as representações da asma, considerou-se necessário uma reflexão inicial sobre a patologia, sua definição conceitual, diagnóstico, manifestações clínicas, classificação da gravidade, dados sobre morbidade e mortalidade, seguida por pesquisa de campo que buscou mapear os aspectos psicológicos e as dinâmicas do cotidiano familiar e escolar da criança asmática. Assim, pretendeu-se traçar um percurso teórico-metodológico, tendo como referencial a teoria das Representações Sociais.

Segundo JODELET (2001) as representações referem-se a fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico. Tal percepção vem se tornando um assunto central para as ciências humanas, e em torno deles se constituiu um domínio de pesquisa com instrumentos conceituais e metodológicos próprios, que interessa a várias disciplinas. A observação das representações sociais implica no levantamento de nuances da realidade, na evidência de fenômenos tidos como naturais que circulam nos discursos; são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens na mídia, transformadas em condutas e em organizações materiais e espaciais.

De acordo com a mesma autora, por meio de várias significações, as representações dão uma definição específica ao objeto por elas representado, e quando compartilhadas pelos membros de um mesmo grupo, essas definições constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo. O conflito de visões entre grupos é um guia para as ações e trocas cotidianas, sendo função e dinâmica social das representações.

Como forma de captar e demonstrar tal dinâmica social, segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2005), pode-se fazer uso do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), como um recurso metodológico onde um conjunto de processos e procedimentos harmônicos apresentam de forma descritiva, a opinião de uma dada coletividade como produto qualiquantitativo a partir de depoimentos colhidos em pesquisas de campo. Trata-se de uma metodologia de preparo da matéria-prima dos depoimentos para revelar o que pensam as coletividades, para que se consiga exercitar explicações sociológicas, antropológicas, sanitárias, filosóficas, éticas, políticas, educacionais, literárias e do senso comum, conseguindo mostrar porque as coletividades pesquisadas pensam assim.

Para entender o que as coletividades pensam é preciso descrever esse pensamento e interpretá-lo a partir de seu cotidiano. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma forma científica de diagnóstico da opinião coletiva, realizado por meio de um discurso da realidade, sendo direto, sem ou com pouca mediação, possibilitando vir à tona a afetividade das representações sociais resgatadas.

Cabe neste momento, fazer uma pequena reflexão sobre o conceito de cotidiano. Amplamente debatido no interior das ciências sociais, extrapola a definição transposta do dicionário, muito além da mera definição de aquilo que se repete no dia a dia. O cotidiano surgiu no final da década de 1920, como conceito, ou espaço de realização do homem que necessita de ser compreendido e definido. Desde então, diferentes correntes de pensamento buscaram construir e definir o sentido do cotidiano para suas análises.

Os debates em torno do cotidiano com conceito ou apropriação do real, tornaram-se mais significativos nos anos 1960, quando duas correntes distintas do pensamento colocaram de forma mais definida o conceito de cotidiano. De um lado, os teóricos da escola marxista/estruturalista que utilizaram como fundamento do cotidiano os mecanismos de controle e produção e, do outro, os teóricos da Nova Escola Francesa, que por meio das discussões transdisciplinares apresentaram um cotidiano que emerge das subjetividades dos indivíduos.

Neste sentido, o cotidiano, somente pode ser compreendido como o local social da experiência humana, onde as representações elaboradas pelos múltiplos sujeitos tomam a forma de ações. O cotidiano torna-se o espaço no qual os sujeitos se relacionam uns com os outros, onde expressam suas opiniões, onde realizam seus desejos. Apresenta-se assim, um cotidiano dinâmico, definido pelo próprio comportamento social dos sujeitos, sensível a todo tipo de alteração na medida em que o sujeito modifica sua auto-percepção e representação (BURKE, 1997).

MICHEL DE CERTEAU (1994) definiu o cotidiano como "aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente". A configuração de uma cotidianidade seria a vivência organizada do dia a dia, a vida dos homens envolvidos por uma atmosfera natural, normativa e instintiva que pode ser modificada a todo instante.

Pode-se imaginar o cotidiano como um cenário, sempre móvel, no qual o sujeito se realiza. Pensar nas formas como o diagnóstico de uma doença

crônica como a asma interfere na construção do seu “eu” a partir das alterações nas práticas cotidianas de uma criança pode colaborar para melhor compreensão da doença bem como ratificar a necessidade de pensar a doença como parte integrante da vida, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida.

1.1 ASMA

1.1.1 Definição

Identificada há milênios, a asma é uma doença que afeta pessoas de todas as idades, em todas as regiões do mundo, praticamente. Sua denominação deriva do grego – ásthma – que significa sopro curto, ofegante, numa acepção muito próxima deste significado etimológico, originalmente definiu-se a asma como “respiração opressiva e difícil” (Loras, 1983 apud BOSI, 1998, p.11).

Geralmente a definição da asma é realizada com base na sua caracterização clínica e/ou fisiopatológica.

Segundo o *III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (2002)* "asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento (...)". Isto significa que asma é uma inflamação dos brônquios e que o pulmão do asmático precisa de menor quantidade de estímulo para desencadear a inflamação do que o pulmão de um indivíduo normal. A partir daí, começa uma reação em volta dos brônquios, deixando o local de passagem do ar estreito o que leva à limitação do fluxo de ar. É uma doença crônica: não tem cura, porém tem controle, o que permite uma vida normal para os pacientes.

Asma e bronquite são termos popularmente usados para definir a mesma doença. Bronquite é uma inflamação genérica dos pulmões e a asma é a

inflamação com características definidas acima, com um quadro que se manifesta com episódios repetidos de tosse, chiado, aperto no peito e falta de ar, principalmente á noite. É resultado da interação entre os fatores genéticos, presentes na família e exposição ambiental a fatores diversos desencadeantes como poeira, ácaro, mofo, irritantes químicos, mudanças climáticas, infecções e exercício físico, sendo chamados de gatilhos (FIKS, 2008).

Percebe-se atualmente que vem surgindo muitos questionamentos para chegar a um consenso sobre a definição mais precisa da asma e de como controlá-la de modo eficiente. De acordo com Cukier, citado por ZORZETTO e MOURA (2009, p.20), a atual classificação é simplista, pois reúne variações de uma enfermidade que pode ter origem em mecanismos distintos, apesar de semelhantes sinais clínicos. Deste modo, o autor considera que novas diretrizes deverão ser propostas a fim de beneficiar os pacientes.

Segundo comentários de PARK (1995), sabe-se hoje que fatores hereditários, alérgicos infecciosos e, inclusive, psicogenéticos são tidos como determinantes etiológicos da asma, e ainda que o desencadear de uma crise asmática é um processo complexo que, geralmente, ocorre de maneira semelhante, independentemente da sua etiologia. Mesmo na ausência de consenso aceita-se que a asma tem uma predisposição somática, com fortes indícios de que seja uma alteração geneticamente definida e modulada pelo ambiente; mas, a forma pelo qual os fatores orgânicos interagem com as influências emocionais, ambientais, familiares e médicas, determinam sua gravidade e grau de incapacitação devido à asma, no entanto, ainda não foi elucidado. Adicionalmente, o senso comum considera a asma como uma doença principalmente “emocional”, e isto coincide com conceitos iniciais sobre essa doença.

1.1.2 Diagnóstico

A precocidade na obtenção do diagnóstico da asma é fundamental e necessário para evitar o aparecimento de complicações no desenvolvimento

físico, psicológico e social da criança, contudo nem sempre é fácil de ser realizado.

Sendo muito complexo e nunca isolado, o diagnóstico da asma deve ser baseado nos achados clínicos, funcionais, alérgicos e diferenciais de outras enfermidades. O diagnóstico clínico avalia as crises e recorrência de sintomas; o diagnóstico funcional fornece medidas para avaliação da limitação do fluxo aéreo como, a espirometria e pico de fluxo expiratório (PFE); o diagnóstico da alergia identifica a exposição a alérgenos relacionados à asma por meio de testes cutâneos e IgE sérica e, o diagnóstico diferencial avalia algumas condições específicas que podem ser confundidas com asma. Muitos estudos mostram que de 50% a 80% das crianças asmáticas desenvolvem sintomas antes do quinto ano de vida, sendo difícil o diagnóstico clínico nesta faixa etária (*IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 2006*).

Existe um número de investigações auxiliares disponíveis para o diagnóstico e sua escolha vai depender do problema particular do paciente, bem como da capacidade de colaboração da criança (GODFREY et al., 1997).

1.1.3 Classificação

Atualmente, recomenda-se que o manejo dos pacientes seja baseado no grau da gravidade da doença (Ministério da Saúde, 2002).

A classificação da gravidade da asma é primordial para seu tratamento e controle. A gravidade não é uma característica fixa do paciente com asma e pode se alterar no decorrer de meses ou anos, recomendando-se avaliação periódica para o estabelecimento do tratamento.

É difícil retratar um quadro clínico patognomônico de asma uma vez que os sintomas podem variar em intensidade e podem ser mais proeminentes em alguns pacientes; esta variabilidade de sintomas dificulta a realização de estudos sobre a asma devido à falta de uma definição clínica que seja amplamente aceita em estudos epidemiológicos (BARNES et al., 1997; CASAGRANDE et al., 2008).

De modo geral, as crises são comumente noturnas podendo causar interrupção do sono. As crises diurnas são menos freqüentes, contudo, algumas vezes podem estar relacionadas com acontecimentos variados, como mudança de temperatura, inalação de odores fortes, choques emocionais, entre outros.

Alguns eventos biofisiológicos já foram identificados para justificar essa característica noturna da doença, contudo, esse fenômeno ainda não está muito esclarecido. Adicionalmente, esta característica noturna pode estar relacionada com fatores de natureza psicológica demonstrando uma relação criança-mãe baseada em forte dependência e superproteção, fazendo com que a criança asmática expresse uma angústia primária relativa ao medo da perda e do abandono ao deitar (Harrison, 1988 apud BOSI, 1998, p.17).

Classificar a gravidade tem como principal função determinar a dose de medicamentos, suficiente para que o paciente atinja o controle no menor prazo possível. Estima-se que 60% dos casos de asma sejam intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves, o que apesar de representar a minoria, leva à maior parcela da utilização dos recursos de saúde (*IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 2006*).

O Quadro 1, transcrito literalmente do “*III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma*” (2002), mostra a classificação da gravidade da asma, baseada na freqüência das crises, na presença de sintomas entre as crises, no uso de medicamentos, e na recomendação de exames médicos específicos e na interferência que a asma ocasiona sobre o estilo de vida da criança e da família. Não sendo uma doença estática, pode variar por qualquer fator e a qualquer tempo, necessitando de avaliações periódicas para adequação do tratamento, principalmente no que diz respeito à determinação da dose medicamentosa.

Quadro 1 – Classificação da gravidade da asma

QUADRO 2 Classificação da gravidade da asma				
	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente 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. Sintomas com exercício moderado (subir escadas)	Limitação diária Falta freqüente ao trabalho e escola. Sintomas com exercícios leves, (andar no plano)
Crises*	Ocasionais (leves) Controladas com broncodilatadores, sem ida à emergência	Infreqüentes Algumas requerendo curso de corticóide	Freqüentes Algumas com ida à emergência, uso de corticóides sistêmicos ou internação	Freqüentes – graves Necessidade de corticóide 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/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

* Pacientes com crises infreqüentes, mas que coloquem a vida em risco, devem ser classificados como portadores de asma persistente grave.
** Despertar noturno regular com chiado ou tosse é um sintoma grave.

Fonte: III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002.

1.1.4 Prevalência, morbidade e mortalidade

Por muito tempo, a asma foi considerada uma doença trivial e não fatal, passando, na década de 1960, a ser vista como causa de sofrimento humano, de elevados custos financeiros e morte, o que motivou ações conjuntas do governo e de sociedades médicas, visando seu controle (Speizer, 1968 apud WIJESINGHE et al., 2009).

Hoje entre as enfermidades da infância, a asma infantil é certamente a doença crônica que mais merece atenção do ponto de vista da morbidade e pode ser considerada a principal doença respiratória crônica da criança e do adolescente. Possui múltiplos fatores desencadeantes e apresenta importância

individual e coletiva por se tratar de um processo potencialmente grave cuja prevalência vem crescendo mundialmente nos últimos anos com participação crescente na mortalidade (MAIA et al., 2004; SOLÉ et al., 2004).

A asma afeta aproximadamente de 7 a 10% da população. A estimativa de prevalência média mundial da asma mostrou ser de 11,6% entre escolares (seis e sete anos) e, de 13,7% entre adolescentes (treze e catorze anos). No Brasil encontram-se índices elevados, em torno de 20% para as duas faixas etárias, segundo dados do *International Study for Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) (Ministério da Saúde, 2002; SOLÉ, 2005).

Segundo SOLÉ et al. (2006) o ISAAC foi idealizado para avaliar a prevalência de asma e doenças alérgicas em crianças em diferentes partes do mundo, empregando para tal um método padronizado.

De acordo com o relato de CASAGRANDE et al. (2008) especialmente no Brasil as pesquisas epidemiológicas, como as propostas pela metodologia ISAAC, revelam-se importantes pelo desafio da coexistência entre alta prevalência de asma e precárias condições socioeconômicas.

A asma é responsável, em nosso país, por aproximadamente 350.000 internações hospitalares por ano no Sistema Único de Saúde, constituindo-se na quarta causa de hospitalizações, na terceira causa entre crianças e adultos jovens e no terceiro maior valor gasto do total anual de custos com uma única doença (*IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 2006*).

Outro importante estudo, com índices semelhantes aos encontrados no ISAAC, mostra que o Brasil apresenta um dos mais altos índices de ocorrência de uma doença crônica, a asma, que afeta 300 milhões de pessoas no mundo, e a cada ano, mata 250 mil. Esses dados colocam o Brasil em sexto lugar com respeito à proporção de casos confirmados de asma, e em primeiro lugar nos casos suspeitos, possivelmente pela dificuldade de acesso da população a serviços de saúde (ZORZETTO e MOURA, 2009).

1.1.5 Fatores desencadeantes

Fatores desencadeantes ou precipitantes, chamados de gatilhos da asma, indicam que algo inicia a cascata de reações, que com o processo inflamatório vai causar os sintomas da asma. Os gatilhos são muito variados e as respostas bastante individuais, podendo mudar de característica em uma mesma pessoa. O indivíduo tem que estar sensível àquele gatilho, naquele período, isto é, o desenvolvimento da inflamação no pulmão exige uma interação entre o agente desencadeante e o indivíduo. Muitos gatilhos da asma são fatores completamente independentes da vontade do sujeito. Quando os fatores desencadeantes são identificados e quando é possível afastá-los, melhor o resultado do tratamento. Não se pode subestimar uma crise de asma; independente do fator desencadeante, a falta de ar, o chiado e todas as conseqüências são iguais (FIKS, 2004).

Entre os fatores desencadeantes ou agravantes das crises nas crianças estão as infecções das vias respiratórias, fatores emocionais, os alérgenos inaláveis, o exercício físico, as alterações climáticas, a exposição à fumaça e/ou outros elementos irritantes (SOLÉ e NASPITZ, 1998).

Pode-se destacar que um dos fatores desencadeantes mais comuns da asma são as infecções virais, as gripes e resfriados; a inflamação pode levar a um aumento na secreção e até mudança da sua cor. Outro fator muito importante é o emocional, pois as situações estressantes podem ocasionar piora da crise tornando difícil o seu controle. Portanto, as medidas devem ser tomadas a fim de minimizar os efeitos do fator emocional.

A adoção de medidas de higiene domiciliar tem a finalidade de criar um ambiente livre de alérgenos que constituem a causa primária de asma, principalmente em crianças. Pode-se dizer que estes alérgenos domiciliares se formam de uma mistura de ácaros, fungos, insetos, pêlos de animais e pólen e, a eliminação destes fatores constitui uma tarefa intensa e muitas vezes complicada, uma vez que essas medidas podem ser onerosas e nem sempre eficientes para o controle da doença.

Com relação aos animais domésticos, o alérgeno mais comum é o pêlo do gato, e o maior problema é o apego familiar com o animal; outro alérgeno importante é a barata, sendo um problema principalmente em escolas e locais onde haja estoque de comida. O exercício físico pode ser um gatilho, porém em casos onde a asma está fora de controle, o menor esforço físico pode agravar uma crise; o uso de determinadas medicações pode piorar a asma; uma outra causa que gera discussões é a relação entre asma e o refluxo gastroesofágico, que devem ser tratados em conjunto (FIKS, 2004).

1.1.6 Prognóstico

A asma é uma enfermidade que se apresenta sob diversos aspectos e possui múltiplos fatores determinantes e por isso possui um prognóstico variável entre bom e reservado.

Segundo BOSI (1998) o prognóstico da asma necessita de elementos gerais como o caráter evolutivo dos sintomas, o tipo de resposta à terapêutica, as características do meio envolvente e as marcas lesionais das crises; contudo, na maioria das vezes, pode ser considerado como bom. Por outro lado a negação ou subestimação da doença pelo paciente, terapia subdimensionada para a gravidade da doença, não utilização ou utilização incorreta das medicações antiasmáticas, dificuldade de acesso à rede de saúde, presença de co-morbidades, e fatores inerentes à própria doença podem agravar o prognóstico.

Quando a família, o paciente ou o médico não reconhecem que o paciente é portador de asma é pouco provável que ele receba um tratamento adequado (BARNES et al., 1997). O manejo bem sucedido da asma depende muito das informações fornecidas à criança e aos seus responsáveis de modo que ambos adquiram um bom entendimento sobre a natureza da asma e seu tratamento, e quando bem empregado propiciará ao paciente controle da doença e normalidade no seu cotidiano (GODFREY et al., 1997).

Em suma, BOSI (1998) refere que um bom prognóstico envolve crises espaçadas e pouco intensas sem repercussões na vida escolar, familiar e social da criança. Implica cooperação e boa resposta ao tratamento; enquanto que um pior prognóstico está diretamente relacionado com a frequência e gravidade das crises, dano importante à função respiratória, repercussões negativas ao desenvolvimento físico e psico-afetivo, alta taxa de absenteísmo escolar, ambiente desfavorável existente, terapêutica desordenada com automedicação, falta de cooperação e resposta insuficiente à terapêutica.

Acrescentando, MAHLER (1982) acredita que os episódios de remissão da doença, extrapolam os efeitos fisiológicos e também podem estar associados a alguns movimentos psico-afetivos, como o processo de separação-individualização que comumente acontece ao final da infância e início da puberdade.

As variáveis psicológicas bem como as variáveis sociais podem ser antecedentes, conseqüentes ou manter uma relação circular, perpetuando ou agravando o estado físico do doente. Outros estudos destacam a influência de estados emocionais negativos, como a depressão e a ansiedade nos períodos de agudização da doença e a negação, no prognóstico da doença, na sua morbidade, mortalidade. (MATOS e MACHADO, 2007).

Diante disso ADAMS et al. (2004) referem que a presença de variáveis emocionais e cognitivas negativas, além da pouca percepção de controle físico atuam como fatores determinantes de uma baixa qualidade de vida no domínio do estado de saúde física em doentes asmáticos.

A relação entre o curso da asma e os fatores psicossociais é referida por TEIRAMAA, (1978) uma vez que, segundo o autor, a boa adaptabilidade social associada a uma personalidade mais madura e tolerante ao estresse possui um efeito benéfico na evolução da asma. Essa relação é confirmada por MATOS e MACHADO, (2007) que verificaram a associação esperada entre as variáveis psicológicas e o nível de funcionamento de indivíduos asmáticos.

1.1.7 Tratamento

Utilizar ações educativas e intervenção psicológica associadas em complementariedade às ações médico-farmacológicas da asma constitui uma abordagem pluridisciplinar da doença. Assim, MATOS e MACHADO (2007) reforçam a importância de desenvolver programas de intervenção psicológica que visem a melhora da adaptação da pessoa à realidade da doença, promovendo sua qualidade de vida. Da mesma forma os autores destacam a necessidade de realizar uma avaliação biopsicossocial, multidimensional considerando capacidades funcionais, aspectos psicológicos/comportamentais e o funcionamento social destes doentes, o que permitiria ajustar as intervenções às necessidades de cada paciente.

O tratamento da asma inclui medidas educacionais, fisioterapia respiratória e terapia medicamentosa. Este protocolo visa diminuir os sintomas, prevenir crises recorrentes e manter a função pulmonar o mais próximo possível do normal. (Ministério da Saúde, 2002).

O objetivo principal do manejo da asma é a obtenção do controle da doença e, os objetivos terapêuticos básicos são: minimizar os sintomas que limitam as atividades diárias, prevenir crises recorrentes, diminuir as visitas às emergências e hospitalizações, reduzir a necessidade do uso de medicação de alívio e manter a função pulmonar o mais próximo possível do normal (Ministério da Saúde, 2002; III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002).

Desse modo, organizações e sociedades médicas definem consensos para que rotinas diagnósticas e terapêuticas sejam efetivas na abordagem de doenças. A asma é uma enfermidade que determina importante sofrimento humano e implica em grandes prejuízos financeiros caracterizando assim, um sério problema de saúde pública. Mesmo diante de todo empenho da comunidade médica em alcançar uma boa efetividade no manejo da asma, pesquisas recentes mostram que há um desacordo entre as expectativas dos doentes e as ações médicas realizadas, além do inadequado manejo promovido por parte dos profissionais de saúde e o impacto que a doença

acarreta no cotidiano e nos orçamentos pessoais, institucionais e governamentais (CAMPOS, 2009).

Assim, sabe-se que os sintomas e as disfunções causados pela asma interferem no cotidiano de seus portadores, bem como o tratamento adequado, quando instituído precocemente, pode controlá-la e permitir ao asmático ter uma vida normal (CAMPOS, 2007).

Todos os pacientes com asma e seus familiares devem receber orientações sobre a doença e noções de como eliminar ou controlar os fatores desencadeantes, especialmente os domiciliares e ocupacionais. Devem ser enfatizadas as diferenças entre tratamento sintomático e tratamento de manutenção regular. O paciente deve entender a doença e seu tratamento, e ter um plano de ação escrito para uso em caso de exacerbação dos sintomas. A terapia deve focar de forma especial a redução da inflamação. O tratamento ideal é o que mantém o paciente controlado e estável com a menor dose de medicação possível. Caso o controle ideal não seja obtido, antes de quaisquer mudanças terapêuticas deve-se considerar: a adesão do paciente ao tratamento; os erros na técnica de uso dos dispositivos inalatórios; a presença de fatores desencadeantes e/ou agravantes (*IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 2006*).

É considerada um problema de saúde pública, produzindo uma importante utilização de serviços sanitários, principalmente no caso de asma grave. Além disso, esta enfermidade tem um alto impacto social e psicológico em crianças. Em seu tratamento, medicações cada vez mais eficazes estão disponíveis, porém o controle da asma só será possível com o cumprimento do tratamento prescrito e com o desenvolvimento de procedimentos educativos junto aos pacientes e seus familiares. Nos últimos anos, tem se dado importância maior para aspectos relacionados à qualidade de vida no tratamento de crianças asmáticas (NEVOT, 2000).

Segundo MELLO-DA-SILVA (2005), as condições ambientais são consideradas como importantes fatores determinantes da saúde na infância, e atualmente existe uma preocupação maior com situações desfavoráveis, que

podem contribuir para a mortalidade e morbidade infantil. A criança com idade pré-escolar e escolar interage de maneira permanente com o meio que a cerca; incluindo o ambiente doméstico, áreas de lazer e escola. Em virtude de suas necessidades nutricionais, demandas metabólicas e características comportamentais, estes ambientes podem favorecer o contato com agentes químicos presentes na água, ar e solo, além da fumaça do tabaco que tem sido cada vez mais relacionada ao aumento da ocorrência de doenças como a asma. Observar a incidência e prevalência de doenças e utilizar essa informação para desencadear intervenções é uma estratégia bem estabelecida na abordagem geral em Saúde Pública.

Observa-se um interesse maior pelas ações educativas em asma, pois acredita-se que elas podem melhorar a qualidade de vida dos portadores e diminuir os índices de morbidade; através da compreensão da doença e aprimoramento no auto-manejo pelos pacientes, pode-se mudar atitudes e crenças referentes à patologia, melhorando também a adesão ao tratamento (SANTANA, 2005).

Alguns trabalhos mostram que programas educacionais são importantes na repercussão da função respiratória dos pacientes asmáticos.

Um programa educacional de auto-manejo em crianças e adolescentes melhora a função pulmonar e o auto-controle, reduz o absenteísmo escolar, o número de restrição de atividades diárias, o número de visitas em serviços de emergência médica e os distúrbios noturnos. Portanto, deve ser considerado uma parte importante da rotina de cuidados com as crianças portadoras de asma (GUEVARA et al., 2003).

Variações estatisticamente significativas foram observadas em um programa para pacientes pediátricos portadores de asma e seus cuidadores, incluindo redução da sintomatologia e atividades diárias restritas para crianças e dias de trabalho para os adultos, concluindo-se que um programa de intervenção em larga escala na população significa benefícios clínicos e econômicos (GEORGIU et al., 2003).

Um programa educacional de auto-manejo em crianças previne e ajuda a controlar as crises que são incorporadas na rotina do tratamento de asma e devem focar a morbidade e a funcionalidade, incluindo qualidade de vida e alguns componentes de intervenção (WOLF et al., 2003).

A doença crônica exige um tratamento mais abrangente, que não se restringe unicamente a medicamentos, havendo necessidade de um manejo global para que a efetividade real seja obtida.

A adesão ao tratamento é um dos itens fundamentais para a mencionada melhoria de qualidade de vida. A ocorrência de baixa adesão a esquemas terapêuticos em doenças crônicas está bem documentada: em asma, estudos mostram que cerca da metade das prescrições médicas não são obedecidas (CHATKIM et al., 2006).

Portanto, é necessário realizar um tratamento que conte com a participação ativa dos pacientes asmáticos e de seus familiares, uma vez que existem limitações físicas, emocionais e sociais. Para o controle da doença, os envolvidos devem ser informados sobre a asma, fatores que desencadeiam e como evitá-los, conseguindo reconhecer os sinais de alteração do seu organismo em relação à doença, além do uso correto das medicações. Assim, apesar de ser diversa a forma para atingir bons resultados, consegue-se com programas de educação, se realizados de maneira individual, a partir de interferências positivas no cotidiano e na qualidade de vida; o que trará como consequência a diminuição de visitas aos serviços de emergência e de hospitalizações, reduzindo os parâmetros de morbidade e mortalidade (BETTENCOURT et al., 2002).

1.1.8 A criança asmática

Como dito anteriormente, a asma é uma doença que representa um grande problema social e individual, refletindo altos custos financeiros para o doente e para a sociedade. É um desafio diário à adaptação da enfermidade que exige ajustes no cotidiano a fim de minimizar as influências e o curso da doença. É

importante fornecer ao paciente asmático uma compreensão da doença, as inter-relações entre afetos, um conhecimento sobre seus comportamentos, processos biológicos e ambiente e procurar realizar um trabalho conjunto com o paciente, intervindo sempre que se fizer necessário.

Fatores psicológicos e sócio-econômicos têm grande influência sobre o comportamento. Diante disso CADMAN et al. (1987) referem que comumente crianças portadoras de doenças crônicas apresentam maior possibilidade de ter problemas de cunho psicológico.

A asma implica menor resistência física, e em muitas crianças pode-se observar um atraso da maturidade nas relações emocionais, sendo objeto de cuidados exagerados por parte de seus pais, familiares e até professores, privando de experiências físicas adequadas à sua idade, o que a impede de desenvolver-se como uma criança normal. Esta superproteção tornará a criança mais insegura e ansiosa, facilitando assim suas crises. Isto geralmente acontece porque os pais não conseguiram resolver o conflito entre dar liberdade para a criança crescer e se desenvolver, ou restringí-la para protegê-la das crises (BOSI, 1998; CLARK 1980; TEIRAMAA, 1978).

Como forma compensatória ao sofrimento ocasionado pela doença, os pais se empenham em satisfazer o menor desejo do filho doente. Ao perceber essa fraqueza dos pais, a criança utiliza a debilidade (nem sempre verdadeira) para obter o que deseja. Contudo, na impossibilidade de conseguir 'manipular' todas as pessoas do seu meio, o filho superprotegido pode se tornar desajustado socialmente. Desse modo, os fatores psicossociais podem ser desencadeantes de crises além de afetar o desenvolvimento da criança e sua sociabilidade.

Em função de suas características de doença crônica, a asma afeta a criança e a família por vários motivos (Lewiston et al.,1977 apud BOSI, 1998, p.33):

- pelo caráter hereditário da doença, podendo dar aos pais a sensação de culpabilidade por terem provocado a doença no filho;

- pela distorção das relações familiares, vinda da frustração de ter filho doente e da ansiedade em lidar com a doença, que acaba por restringir a vida social do casal e de toda a família, e muitas vezes organizando-se uma aliança, em geral entre a mãe e a criança portadora;

- pela necessidade de adaptação na casa, com recomendações de medidas profiláticas, como higiene do ambiente físico, tirando cortinas, tapetes, animais de estimação, o que pode frustrar a criança, irmãos e até os pais;

- possíveis problemas com os irmãos, que sentindo-se negligenciados, ressentem-se contra o irmão doente, expressando sutilmente seus sentimentos com sua exclusão das atividades lúdicas, tratando-o como criança fraca e doente, levando-o frequentemente a um isolamento relativo do grupo, com diminuição da sua auto-estima e auto-confiança;

- pelos problemas financeiros que a família pode enfrentar em consequência dos altos custos com o tratamento.

Vale ressaltar que a asma é uma doença complexa que envolve múltiplos fatores e não se pode estabelecer uma relação direta entre os fatores psicológicos e a ocorrência da crise asmática.

A asma infantil ocorre em um contexto muito complexo que envolve todo o universo que a rodeia, que é afetado tanto pelas transformações cotidianas que a doença acarreta, quanto pelas fantasias que suscita, necessitando do olhar de um profissional para monitorar esse percurso para que sua qualidade de vida não seja afetada (BORBA e SARTI, 2005).

As relações no mundo social da criança portadora de asma giram em torno da família, da escola e do serviço de saúde que acaba fazendo parte da sua vida. Torna-se portanto, importante compreender o significado que as pessoas atribuem à asma, conhecer a relação entre os profissionais, o paciente e sua família, verificar o impacto da doença na vida da criança e sua família, contribuindo para construir um modelo de assistência, com a necessidade de um tratamento interdisciplinar, de modo a proporcionar às pessoas envolvidas

um crescimento e melhoria da qualidade de vida, vivenciando a asma como parte da suas vidas (BORBA e SARTI, 2005).

A manifestação da asma ocorre em um contexto de relações interpessoais o que mostra a necessidade de um tratamento interdisciplinar que contemple as dimensões bio-psico-sociais. O papel dos profissionais é contribuir para que crianças e suas famílias possam vivenciar a asma como parte de um processo dinâmico da vida, a fim de que a qualidade do atendimento represente um caminho de crescimento para todos (BORBA e SARTI, 2005).

Segundo BOSI e REIS (2000), é cada vez mais evidente a importância de se conhecer a representação social da família acerca da criança asmática, além de questões referentes ao conhecimento da doença e as repercussões que seu diagnóstico produz nas relações familiares. Aspectos limitadores da asma têm incidência importante na vida escolar das crianças, e a escola apresenta-se não só como espaço complementar, mas um prolongamento direto ou indireto da família. É o lugar em que a família projeta expectativas, desejos, anseios e até a responsabilidade pelo cuidado e educação da criança; constitui o principal espaço físico, institucional e de socialização, onde se processa o essencial de seu desenvolvimento, que acaba sendo prejudicado na medida em que a preocupação com a saúde da criança é colocada em primeiro plano servindo como desculpa e dessa forma, a ausência da criança às aulas é aceita sem restrições.

É com a entrada da criança na escola que ressurgem o conflito entre dependência e independência, trazendo à tona aspectos relacionados à estruturação da personalidade, tanto da criança como da família. Entretanto, muitas famílias, inconscientemente, adotam de forma equivocada condutas de superproteção, tais como as faltas às aulas por exemplo, revelando uma preocupação mais dos pais do que das próprias crianças. Observa-se que à medida que a escolarização avança, parece haver uma normalização das relações da família com a escola e também há uma remissão do processo asmático, podendo ser decorrente da desdramatização da representação da criança asmática na família, na medida em que ela passa a participar de

atividades extrafamiliares; esta expansão da vida da criança traz benefícios diretos, atenuando o processo asmático (BOSI e REIS, 2000).

A sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas, pelos atributos considerados comuns e naturais que tornam-se referência, e quando se apresenta alguém que não se enquadra nestes moldes, é excluído passando a ser considerado como uma pessoa que tem um defeito, uma fraqueza ou uma desvantagem. A criança asmática pode carregar o peso do estigma de viver num conflito constante entre a identidade social e a real. No ambiente escolar, as relações com os colegas são conflituosas e marcadas por fracos vínculos de amizade. Sua presença é rejeitada pelos mesmos, assim, numa atitude compensatória, para provar sua capacidade e auto-afirmação, a criança exige de si um bom desempenho (BORBA e SARTI, 2005).

Sendo a asma uma das doenças de maior importância da infância e compreendendo grande número de crianças portadoras, torna-se cada vez mais importante desenvolver trabalhos que estimulem o conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção, bem como saber como se sentem as pessoas que a tem presente no seu cotidiano: as próprias crianças e seus familiares. O conhecimento adequado sobre a doença e as interferências no cotidiano da criança contribuirá para o enfrentamento das repercussões negativas e na elaboração de estratégias de promoção da sua saúde e qualidade de vida.

Estudar a asma infantil e sua interferência no cotidiano é um desafio decorrente do fato de que a prática profissional de assistência às crianças ainda está respaldada principalmente em aspectos biológicos, ignorando-se as dimensões psicológicas e sociais.

Assim, decidiu-se realizar a presente pesquisa, cujos objetivos são a seguir relacionados.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Investigar a interferência da asma no cotidiano das crianças portadoras desta patologia.

Objetivos Específicos

- Identificar a representação que as crianças portadoras de asma fazem sobre a doença.
- Identificar a representação que pais de asmáticos fazem sobre a doença.

3. MÉTODOS

Com a finalidade de entender os problemas e as necessidades presentes no cotidiano das crianças portadoras de asma, utilizou-se metodologia qualitativa nesta pesquisa, buscando-se identificar as representações sociais, presentes nas suas falas e de seus pais.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalha com um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2007).

Segundo MOSCOVICI (1978, 2003), precursor do campo de estudos psicossociológicos e responsável pela proposição do termo, "uma representação social é o senso comum que se tem sobre um determinado tema, onde se incluem também os preconceitos, ideologias e características específicas das atividades cotidianas (sociais e profissionais) das pessoas". Ou ainda, refere-se às respostas como "representações sociais entendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados da vida cotidiana".

De acordo com JODELET (2001) "representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social".

As representações foram criadas com o intuito de se conseguir uma adaptação ao mundo que está ao redor, e são chamadas de sociais porque se partilha esse mundo com outros. Mostram-se como fenômenos complexos compostos por elementos que indicam um saber que se refere a um estado da realidade, e podem ter um caráter informativo, cognitivo, ideológico, normativo, e também relacionados a crenças, valores, atitudes, opiniões, entre outros. As representações sociais, enquanto sistemas de interpretação indicam a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão de um grupo e as transformações sociais, bem como podem intervir em processos diversos, como a difusão e assimilação dos conhecimentos e no desenvolvimento individual e coletivo.

De acordo com SPINK (1993), “a representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam”.

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), aconselham a pesquisa qualitativa de base indutiva porque os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar previamente pela consciência, sendo necessário recuperar e resgatar estes pensamentos com o objetivo de construir o pensamento coletivo. Trata-se assim de pensar o relato com evidência, percebendo que o singular, pode se transpor para o coletivo.

Ainda segundo os mesmos autores (2005), para resgatar o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema, por meio de uma pesquisa social empírica, é necessário considerar que o pensamento ou a opinião dos indivíduos que compõem essa coletividade só podem ser vistos como um depoimento discursivo, como uma manifestação lingüística de um posicionamento diante de um dado tema, composto por uma idéia central e seus respectivos conteúdos e argumentos.

O discurso do sujeito coletivo - DSC constitui um recurso metodológico que permite a realização de pesquisas de resgate das opiniões coletivas, onde o

pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado possa se expressar e é coletado por entrevistas individuais com questões abertas.

Neste estudo os dados obtidos foram analisados à luz do DSC proposto por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2005), segundo o qual busca-se descrever e expressar um determinado posicionamento ou opinião sobre um tema presente numa formação sociocultural. O DSC é uma forma de representar a opinião coletiva por meio de um discurso da realidade, sendo um discurso direto, sem ou com pouca mediação, resgatando o pensamento coletivo e as representações sociais, que desemboca num conjunto de discursos coletivos, ou DSCs. É um processo complexo, subdividido em momentos e efetuado por várias operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas.

O DSC está alicerçado em três figuras metodológicas: as expressões chaves, a idéia central e a ancoragem, sendo necessárias à identificação dessas figuras para que se produzam os DSCs:

Expressões-Chave (E-Ch) são trechos selecionados que melhor descrevem o conteúdo de cada depoimento;

Idéias Centrais (ICs) são fórmulas sintéticas que descrevem o sentido presente nos depoimentos de cada resposta e no conjunto de respostas de diferentes indivíduos com sentido semelhante ou complementar;

Ancoragens (ACs) são fórmulas sintéticas que descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes na respostas individuais ou agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas enquadrando situações específicas;

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSCs) propriamente dito é a reunião das E-Ch de respostas que têm ICs e/ou ACs de sentido semelhante ou complementar.

A pesquisa típica que usa o DSC é alicerçada em três, quatro ou cinco questões abertas a serem respondidas por uma amostra de população, gerando diferentes posicionamentos, ou seja, distintos DSCs do ponto de vista

qualitativo, com opiniões e posicionamentos diferentes e do ponto de vista quantitativo sendo cada um deles resultado da contribuição de um número de entrevistas ou depoimentos de indivíduos portadores de atributos demográficos. Na técnica do DSC a qualidade e a quantidade se fundem, gerando o pensamento coletivo como soma qualitativa a ser quantificada.

O DSC consiste numa forma não matemática nem metalingüística de representar o pensamento de uma coletividade que, após uma série de operações sobre os depoimentos, chega-se a um discurso-síntese, fruto de respostas de indivíduos diferentes com conteúdos discursivos com sentido semelhantes.

3.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS E ENTREVISTAS

Inicialmente realizou-se uma visita a todas as classes de 1^a. a 4^a. séries do Ensino Fundamental de uma Escola Estadual da Zona Oeste da cidade de São Paulo, no período matutino e vespertino com acompanhamento da coordenadora pedagógica. Foi apresentado o objetivo da pesquisa e distribuídos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais das crianças portadoras de asma, candidatos a participar da pesquisa por meio de entrevista. Em uma nova visita, foram recolhidas essas autorizações em número de 45, devidamente preenchidas e iniciando-se a partir daí providências para a realização das entrevistas.

Foi feito contato com os pais das crianças e depois de devidamente esclarecidos, foram agendadas entrevistas com eles e seus filhos individualmente e realizadas na escola. Contou-se com a presença de 41 pais, sendo que os 4 não entrevistados alegaram problemas pessoais e indisponibilidade pela jornada de trabalho, porém autorizaram a realização da entrevista com o filho.

Perfil dos pais/responsáveis

SEXO		IDADE (anos)				GRAU DE INSTRUÇÃO			
F	M	20-30	30-40	40-50	+ 50	EF I	EF II	Superior	Sem instrução
36	5	5	20	12	4	23	15	2	1

Perfil das crianças

SEXO		SÉRIE				IDADE (anos)								PERÍODO	
F	M	1ª	2ª	3ª	4ª	06	07	08	09	10	11	12*	13*	Manhã	Tarde
20	25	5	12	12	16	3	4	11	10	10	5	1	1	16	29

*O estudo foi realizado com a participação de todas as crianças com diagnóstico de asma, não sendo portanto, excluídas duas delas com idade superior à faixa etária previamente estabelecida.

QUEM?

Neste projeto foram entrevistadas crianças portadoras de asma com idade escolar entre 6 e 11 anos, com autorização prévia dos pais ou responsáveis além de seu pai/mãe ou responsável que se dispuseram a colaborar com a pesquisa de forma voluntária e anônima.

A faixa etária das crianças portadoras de asma que nesta pesquisa foi limitada entre 6 e 11 anos teve relação com o fato de ser nessa idade que verifica-se o agravamento do quadro da asma, sendo ainda este o momento próximo da adolescência onde, alterações orgânicas e psíquicas começam a se manifesta. Esta é também a fase de inserção no ambiente escolar, onde verificam-se aspectos relacionados à estruturação de uma nova rotina, com

exposição à imprevisibilidade de clima e das crises de asma, incertezas em relação ao futuro, e exigências sociais de desempenho e autonomia.

ONDE?

As entrevistas iniciadas em setembro de 2009 foram realizadas nas dependências de uma Escola de Ensino Fundamental I, da rede pública da cidade de São Paulo, situada na região oeste de São Paulo, após autorização prévia das autoridades competentes. A escolha da região foi decorrente da prevalência da asma em 31% dos escolares com resposta afirmativa à questão sobre sibilância, maior que em outras regiões da cidade, de acordo com o estudo de CASAGRANDE et cols (2008), sobre a prevalência de asma e fatores de risco da cidade de São Paulo. Uma das hipóteses para a alta prevalência da asma nesta população aponta para seu baixo nível socioeconômico e fatores ambientais.

COMO?

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, onde o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais, sendo um meio de coleta dos fatos relatados pelos atores da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Segundo MINAYO (2010), uma forma de entrevista é a semi-estruturada, que articula a modalidade aberta ou não-estruturada, onde o informante fala livremente do tema proposto, com a modalidade estruturada que pressupõe perguntas previamente formuladas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, com base em roteiro de entrevistas previamente testado com sujeitos que obedeciam aos critérios descritos anteriormente. Todas as entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados, mediante preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) e garantia de sigilo de acordo com as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP/FSP. As gravações foram transcritas literalmente, constituindo o campo de análise do presente estudo.

Os dados foram analisados com o auxílio do *Qualiquantisoft*®, o *software* do DSC (Discurso do Sujeito Coletivo), identificando-se as expressões-chave, idéias centrais, categorizando esses dados, que resultaram no Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Foram elaboradas questões respondendo aos objetivos de investigar a interferência da asma no cotidiano das crianças portadoras desta patologia, e identificar as representações que essas crianças e seus pais faziam sobre a doença.

ROTEIRO DE ENTREVISTAS:

PARA OS PAIS SOBRE A CRIANÇA

- 1ª. Pergunta – Como você soube que ele(a) tem asma?
- 2ª. Pergunta – Como ele(a) reagiu com esse diagnóstico de asma?
- 3ª. Pergunta – Como é o dia a dia dele(a) em casa de dia e de noite?
- 4ª. Pergunta – E como é o fato de ser uma criança asmática na escola?

PARA AS CRIANÇAS PORTADORAS DE ASMA

1ª. Pergunta – Estamos vendo uma casa, e esse menino(a) mora nessa casa. Faz de conta que você é esse menino(a). Como é a vida desse menininho(a) que tem asma, de dia e de noite?

2ª. Pergunta – Agora estamos vendo uma escola, e esse menino(a) estuda nessa escola. Faz de conta que você é esse menino(a). Como é a vida desse menininho(a) que tem asma, na escola?

3ª. Pergunta – Conta para mim o que aconteceu quando você soube que tinha asma?

No caso das crianças, a pesquisadora optou por utilizar um instrumento facilitador na entrevista. Para isso desenvolveu um flanelógrafo, conforme fotografia no Anexo 2, que é um quadro recoberto com feltro, sobre o qual ilustrações e letreiros podem ser colocados, retirados ou deslocados de sua posição inicial. Foi reproduzido um cenário com paisagem simples, um céu azul com nuvens, chuva, sol e lua removíveis com a presença de uma casa e uma escola também removíveis, e uma menina ou menino que foram utilizados de acordo com o gênero da criança a ser entrevistada e a pergunta a ser realizada. Foram também disponibilizados outros bonecos, animais, bola, produtos de higiene e sorvete, caso a criança entrevistada quisesse utilizar.

Através do flanelógrafo a criança conta uma história na terceira pessoa, mas que descreve sua experiência; permite que ela dramatize, exponha idéias difíceis de serem compreendidas e explicadas. Através desse material ela fala livremente sobre outra pessoa, mas mostra os seus sentimentos e representações sobre o que foi perguntado. É uma técnica de projeção, onde a criança se espelha no personagem e conta a sua historinha; isto foi verbalizado por várias crianças durante as entrevistas. O assunto foi apresentado em etapas; a criança identificava o dia a dia em casa, dando conta da primeira questão, depois identificava a escola, e falava sobre a segunda questão, obtendo-se respostas satisfatórias. A terceira questão foi feita de maneira direta, e foi observado um desvio nas respostas, apesar do roteiro de entrevistas ter sido pré-testado, as crianças não conseguiram responder a essa questão adequadamente, sendo desconsiderada da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em uma sala destinada para esse fim nas dependências da escola. Foram gravadas, transcritas e analisadas pelo software *Qualiquantisoft*®, conforme já citado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se por apresentar os resultados quantitativos e qualitativos de forma integrada por favorecerem os objetivos do trabalho apresentado.

4.1 ENTREVISTAS COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

1ª. Pergunta - Como você soube que ele(a) tem asma?

A partir das falas dos pais e responsáveis obteve-se seis categorias de Idéias Centrais apresentadas na Tabela 1 e na Figura 1, onde podem ser vistas as distribuições quantitativas de respostas. Na sequência, são apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos, que representam os resultados qualitativos.

RESULTADOS QUANTITATIVOS

TABELA 1

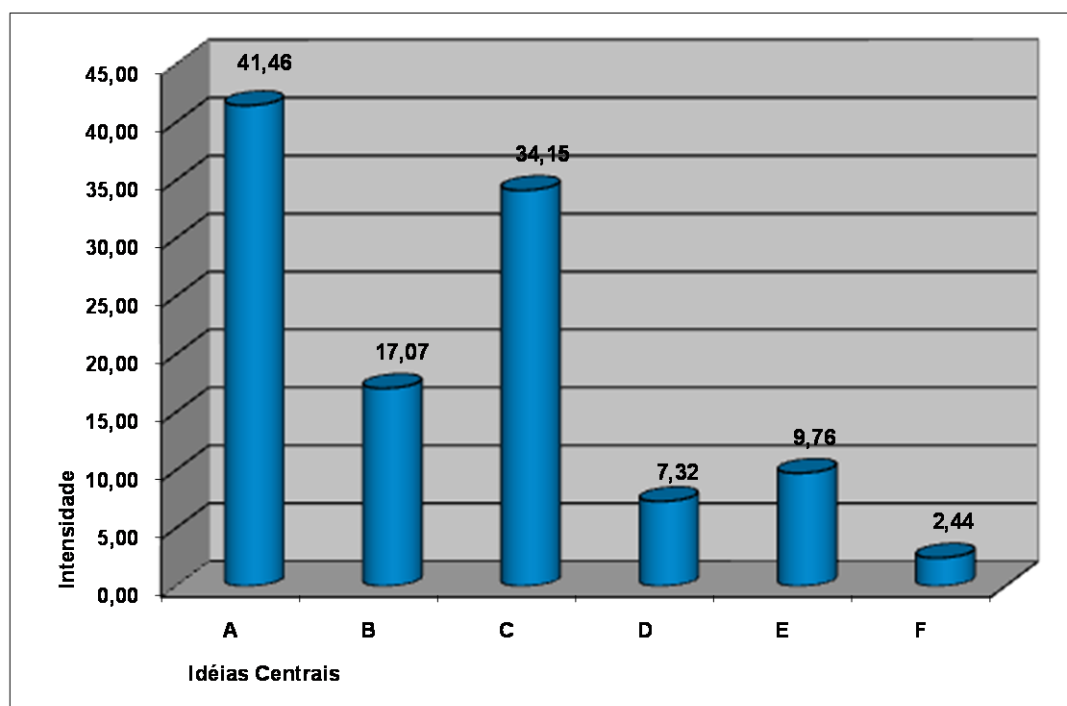
Conhecimento dos pais/responsáveis sobre o diagnóstico da asma em seu filho

IDÉIAS CENTRAIS	Nº DE RESPOSTAS	% *
A - Diagnóstico em consulta médica após crise respiratória	17	41,46
B - Diagnóstico no pronto socorro após crise respiratória	7	17,07
C - Diagnóstico durante internação por crise respiratória	14	34,15
D - Acredita ser de base familiar	3	7,32
E - Observação dos sintomas pela mãe	4	9,76
F - Sem resposta	1	2,44
TOTAIS	46	112,20

* Possibilidade de mais de uma Idéia Central por indivíduo.
Calculado em relação ao total de pais/responsáveis.

FIGURA 1

Conhecimento dos pais/responsáveis sobre o diagnóstico da asma em seu filho



RESULTADOS QUALITATIVOS

Idéia Central A - Diagnóstico em consulta médica após crise respiratória

DSC

Bom, eu fui em vários médicos e primeiro diagnosticaram como bronquite asmática. Ele chiava muito, ficava cansado, desde novinho, desde quando ele nasceu, a gente encostava o ouvido nele e ouvia, e aqui (na garganta) dele afundava; ficava muito cansado. Também tinha a rinite, quando ele era menor que era frequente mesmo, sempre com o narizinho entupido. Aí deu uma crise nele de respirar, começou a puxar de repente.

Então a gente procurou o pneumologista, que ele pegou e diagnosticou que era bronquite. Também a pediatra, como ele ficava muito cansadinho, eu levei no postinho e a pediatra fez uma série de exames e aí deu que era bronquite asmática.

Então eu soube assim, pela dificuldade dele tá respirando uma Asma, pelo cansaço dele, por ele não conseguir respirar direito.

Idéia Central B - Diagnóstico no Pronto Socorro após crise respiratória

DSC

Com 8 meses, ele perdeu a respiração numa gripe que ele pegou. Aí eu senti né, nossa tá chiando demais, mas eu achava que era gripe e tal. Ele ficou sufocado, ficou com a boquinha toda roxa, aí eu corri com ele lá pro pronto socorro, foi a primeira crise nele. A bronquite dele é asmática, aí de lá pra cá eu não tive mais sossego, sempre com crise asmática. O médico disse: procure um pneumologista, é a ajuda que posso dar. Aí eu levei ele direto pro pronto socorro.

Então eu corria pro pronto socorro com ele, aí quando chegava no hospital, a gente falava que tava atacada, e eles passavam a gente na frente porque era caso de urgência.

Então, bem dizer foi assim, não foi através de médico, nem foi através de pediatra, foi através de um encaminhamento para o hospital, foi numa das consultas que ele passou no pronto socorro.

Idéia Central C - Diagnóstico durante internação por crise respiratória

DSC

Numa crise dele que ele foi para o hospital quase sem respirar, primeiro os médicos falavam que ele tinha bronquite, aí quando ele teve a crise já era asma, por isso que pra mim eu não sei se é a mesma coisa se primeiro tem um, é um passo, depois vem a asma, ele ficou internado 18 dias lá no hospital e aí depois ficou uns dias numa casa de apoio.

Depois da segunda pneumonia que ele teve, ele ficou internado lá no hospital, aí já falou que ele tinha broncopneumonia, e que ele tinha asma, aí virou asma né.

Idéia Central D - Acredita ser de base familiar

DSC

No princípio começou assim, isso já vem de família, alguns tem rinite, eu também tenho bronquite, o meu pai tem, dois irmãos meus tem, e esse meu sobrinho que é afilhado também, todos têm bronquite, então é de família.

Ele é alérgico, e como eu já fiz muitos tratamentos com alergologistas e dermatologistas, e nos dois especialistas, todos eles falaram que o problema dele da Asma é em decorrência do problema alérgico, quem tem alergia tem Asma também, que ataca os pulmões, que dá uma bloqueada nos brônquios, nos alvéolos, e ele sempre teve outros problemas alérgicos, sempre, e eu também, sempre fui asmática, mas então, eu percebi pela experiência que eu tenho, que ele tem alergia, e às vezes também faltava ar quando tava num ambiente fechado, com pó, também quando veste roupa que fica dentro do armário com mofo, ele tem essas coisas como eu tenho.

Idéia Central E - Observações dos sintomas pela mãe

DSC

A gente observa pelos acontecimentos, ele começou a ter Asma mais nas subidas, ter mais dificuldades, ele ia ficando sem conseguir respirar direito, aí eu levei ele no médico mas nenhum falou que ele tinha bronquite ou Asma mesmo.

Ele tá bem, aí começa os olhos lacrimejar e o nariz coçar e fica vermelho e, eu como mãe acho que é uma alergia, e também parece que lá na minha casa é o lugar que mais ele se sente mal, devido ao lugar onde nós moramos, o quarto tem muita umidade, e devido a essa umidade começou a complicar a respiração dele.

A bronquite, a gente sabe desde pequeno, desde bebê que ele tem, eu levava ele todo dia de manhãzinha e deixava lá na creche, acho que foi isso, essa friagem ele começou a pegar a bronquite, mas só que a bronquite dele é alérgica, assim de cachorro, gato, sabe, assim pó, essas coisas, ele é alérgico a essas coisas.

Idéia Central F - Sem resposta

DSC

Não respondeu a questão.

O discurso mais significativo (categoria A: 41,46%) é o que evidencia, na opinião dos entrevistados que o diagnóstico da asma foi realizado em consulta médica após crise respiratória, por pediatra ou pneumologista. Alguns comentários fazem referência à demora na confirmação do diagnóstico, ocorrendo normalmente para isto várias consultas; isto se deve á necessidade de se realizar diagnóstico diferencial para se obter a confirmação, sendo em determinada idade bastante difícil e complexo.

O diagnóstico foi confirmado durante internação por crise respiratória (categoria C: 34,15%). No discurso percebe-se que a falta de informação mais clara para os pais e alguns profissionais de saúde em relação á doença, provocaram um diagnóstico tardio, que poderia, eventualmente, ter evitado a internação hospitalar. Em relação ao diagnóstico ser realizado no pronto socorro (categoria B: 17,07%), observa-se no discurso, a gravidade do quadro asmático, sua falta de controle e reforça que ou houve falta de conhecimento dos pais a respeito da doença ou as informações anteriores dos médicos foram insuficientes, com conseqüente retorno ao atendimento de emergência.

Nos discursos menos expressivos, onde as mães observaram os sintomas da asma (categoria E: 9,76%), o diagnóstico não foi confirmado pelo médico apesar de consultado, porém a mãe informou o diagnóstico pelos sintomas do filho e nos discursos onde o entrevistado acreditava ser de base familiar esta

enfermidade (categoria D: 7,32%), percebeu-se que a doença e as crises faziam parte do histórico familiar, permitindo que não se dramatizasse o fato.

2ª. Pergunta – Como ele(a) reagiu com esse diagnóstico de asma?

A partir das falas dos pais e responsáveis obteve-se sete categorias de Idéias Centrais apresentadas na Tabela 2 e na Figura 2, onde podem ser vistas as distribuições quantitativas de respostas. Na sequência, são apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos, que representam os resultados qualitativos.

RESULTADOS QUANTITATIVOS

TABELA 2

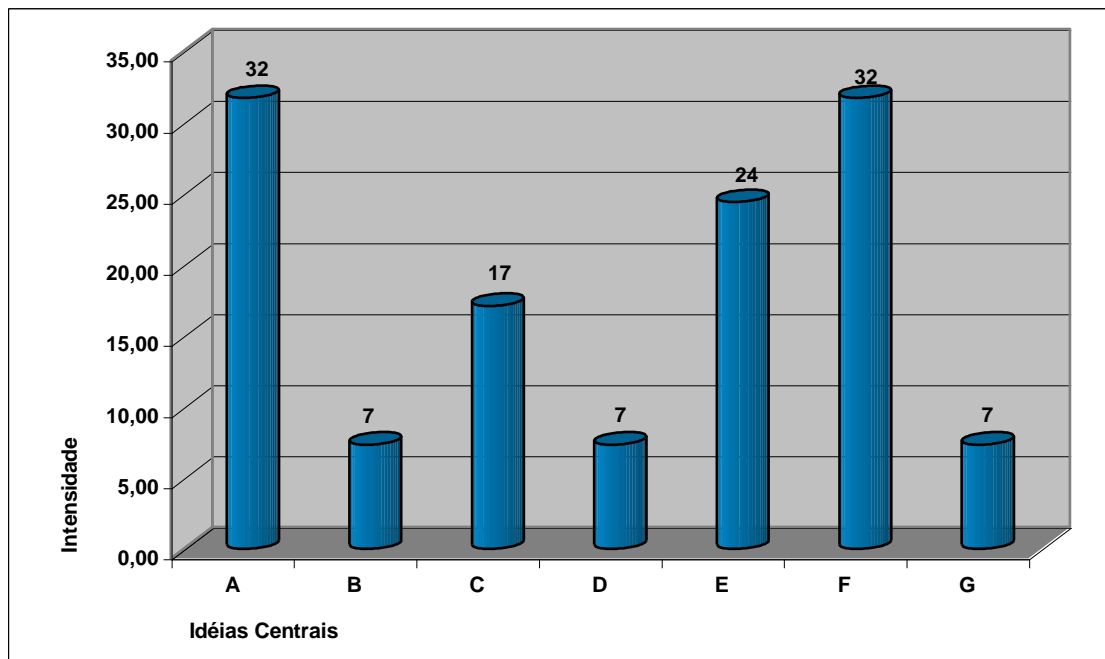
Reação da criança em relação ao diagnóstico

IDÉIAS CENTRAIS	Nº DE RESPOSTAS	% *
A - Convive normalmente com o cotidiano da doença	13	32
B - Convive com a doença e toma providências	3	7
C - Convive normalmente mas...	7	17
D - Convive normalmente até...	3	7
E - Reação negativa	10	24
F - Reação foi dos pais	13	32
G - Não sabe / não respondeu	3	7
TOTAIS	52	127

* Possibilidade de mais de uma Idéia Central por indivíduo.
Calculado em relação ao total de pais/responsáveis.

FIGURA 2

Reação da criança em relação ao diagnóstico



RESULTADOS QUALITATIVOS

Idéia Central A - Convive normalmente com o cotidiano da doença

DSC

Ele era pequeno, então ele reagiu normal, ele não fez muitas perguntas, não fez diferença, ele conviveu assim, não teve nenhuma crise, assim nem de nervoso, nem nada, ele é muito tranquilo, ele, se fala que tem que tratar, então vamos tratar, ele colabora com tudo, dá o remédio e ele sarou e amanhã ele tá bom e é assim, não pensa muito, ele foi aceitando e foi convivendo.

Idéia Central B - Convive com a doença e toma providências

DSC

Ele aprendeu crescendo com a bronquite, ele engatinhava e o inalador ficava sempre pertinho, então eu pegava ele sentado com a máscara no narizinho, ele ligava sozinho, até quando ele sentia falta de ar, ele mesmo aprendeu e fazia inalação sozinho, eu não preciso me preocupar, quando ele tá cansado eu não preciso falar, então ele aprendeu a conviver desde pequenininho com a inalação. E ele falava que tava com Asma, porque às vezes a gente não percebe, aí eu dava a bombinha e ele usava.

Idéia Central C - Convive normalmente mas...

DSC

Esse diagnóstico não teve nenhuma diferença, ele só reclamava que se ele jogasse alguma bolinha ele já tinha cansaço com mais facilidade, e se ele praticava algum esporte mais pesado ele tinha que descansar, então a reclamação dele era essa, não conseguia acompanhar aquilo que os coleguinhas dele acompanhavam, infelizmente.

Idéia Central D - Convive normalmente até...

DSC

Ele não é menino de falar, então se alguma coisa tem e ele reclama, tá errado, nada pra ele é ruim, mas agora se tá meio jururu, aí não quer ir pra escola, aí eu já procuro um médico. Então é normal, porque na realidade ele veio saber mais sobre a doença foi quando ele teve o derrame pleural, porque aí ele fez a fisioterapia que o médico pediu porque o pulmão dele tinha fechado, se contraído, e foi que aí ele começou a vir a saber sobre as consequências do problema, antes ele achava que era uma gripe como outra criança e acabou, não chegava a entender nada disso, e que não chegava a prejudicar nada nele não.

Idéia Central E - Reação negativa

DSC

Ele achava que ia parar de respirar, que não ia conseguir respirar e ficava apavorado, chorava muito, pedia pra tirar o peito dele.

Ele fala que sempre tá cansado, com falta de ar, quer ficar só na cama deitado, então ele tá sempre reclamando disso, ele briga com a inalação, com o remédio, e não quer, é teimoso, acaba cansando ele, e eu insistindo pra ele fazer, e eu falo que eu vou levar ele mais no médico e ele agora fica cobrando, ele quer ir pra ver se tem jeito, porque ele não aguenta mais.

A reação dele foi assim também de ficar mais agitado né, e na parte dos estudos ele ficou mais esquecido.

Então ele falou: nossa mãe, eu sou uma criança doente, meus amiguinhos correm, vão jogar bola, ninguém sente nada e eu tenho que parar prá respirar, isso é muito chato, na escola me chamaram de doente porque eu tenho bronquite, aí me puseram no gol porque eu não tinha condições de correr, nossa, você não sabe quanto eu me sinto mal.

Então ele se sente assim bem triste, em relação aos amiguinhos, e quando ele vai em algum lugar que tem uma criança que tem o mesmo problema, eu sinto que ele fica aliviado, não é só ele que tem isto, então ele vai no pronto socorro e fica procurando alguém que tem o mesmo problema.

Olha, no começo foi difícil viu, ainda mais porque ele queria fazer coisas e ele tinha que ficar mais em repouso dentro de casa, mas agora graças a Deus ele já tá acostumando né .

Idéia Central F - Reação foi dos pais

DSC

A gente ficou mais assustado do que ele, então não é uma coisa muito complicada, mas também não é uma coisa muito fácil, e isso dói, porque eu não conseguia ajudar e além da bronquite e da Asma, também tem rinite alérgica, então vinha tudo junto.

Na época ele era muito bebê, então a reação foi esta, dos pais, e é cansativo, essa bronquite interfere na vida dele e na nossa, eu sempre tentava olhar se ele tava respirando direito, eu ficava apreensiva, com medo daqueles ataques que ele tinha, que era demais, era frequente direto correr com ele pro médico e eu não parava no trabalho, isso aí é que é o meu medo né.

Uma vez quase que eu perco ele, eu lembro quando dava a crise, e eu falava não dá, eu tenho que levar ele agora a tarde no hospital antes de piorar, porque a noite a gente não dorme e eu tinha que levar no colo até lá, porque ele não conseguia andar e ele vomitava muito, agora eu tenho mais cautela, eu ficava agoniada, e a noite é o pior, parece que tem um gato dentro dele, e ele fica respirando muito mal, ofegante, ele não consegue respirar e eu fico morrendo de dó.

Idéia Central G - Não sabe / não respondeu

DSC

*Eu não sei dizer muito bem, a mãe dele que leva ele no médico quando ele tem as crises, a maioria das vezes tá sempre com ela, é difícil ele ter crise comigo, então eu não sei dizer muito como ele reage.
Isso mesmo era bom a mãe dele falar né, que fica mais o dia a dia com ele, eu é assim, o menino tá doente, pum... leva pro médico, toma remédio, dá injeção.*

De acordo com a opinião dos entrevistados, a criança convive normalmente com o cotidiano da doença (categoria A: 32%), aceita por ser a única experiência conhecida desde pequeno, geralmente quando foi feito o diagnóstico, e ainda não tomou consciência da doença e suas limitações. Sendo na mesma proporção de opinião, a reação foi dos pais (categoria F: 32%), mostrando no discurso o impacto do diagnóstico feito para os pais sobre o bebê, que se sentem assustados com o diagnóstico, com medo dos sintomas da doença, com a gravidade da nova situação, mostrando uma ansiedade em lidar com a doença, revelando medo da perda e sentimento de culpa e impotência por ter um filho doente, sente compaixão pelo sofrimento do filho.

O discurso que evidencia uma reação negativa das crianças com relação ao diagnóstico da asma (categoria E: 24%), segundo os entrevistados apresenta uma criança que fica apavorada com os sintomas sufocantes da asma, mostrando sentimento de tristeza, raiva por ser portador de uma doença limitante, inferioridade em relação aos amigos que conseguem realizar atividades que para ele são difíceis, causando frustração. Isso desaparece nas situações onde ele encontra crianças com o mesmo problema, o que diminui sua sensação de baixa auto-estima.

Na opinião dos entrevistados, o discurso onde a reação das crianças foi de conviver normalmente com o diagnóstico mas... [*presença de limitações*] (categoria C: 17%), mostra que as limitações de atividades físicas, com a facilidade de cansaço em situações diárias, são importantes e debilitantes, levando à reclamações e sentimento de inferioridade no relacionamento social.

Nos discursos onde a criança convive normalmente com a asma até... [*ter crise*] (categoria D: 7%) e aquela que a criança além de conviver com a doença, toma providências (categoria B: 7%), apresenta um grupo de opiniões e situações mostrando uma relação mais natural da criança com a doença, e

suas consequências, que aceita a situação e suas limitações e onde parece que a mãe não dramatiza muito a doença. Não houve uma superproteção da criança, favorecendo seu fortalecimento e permitindo tomada de decisões em determinadas situações, mesmo nas crises.

Quando os entrevistados foram os pais, que em geral adotam atitudes mais práticas ou deixam para a mãe esta responsabilidade, não souberam ou não responderam (categoria G: 7%), mas mostraram-se preocupados e disponíveis para ajudar e participar.

3ª. Pergunta – Como é o dia a dia dele(a) em casa de dia e de noite?

A partir das falas dos pais e responsáveis obteve-se quatro categorias de Idéias Centrais apresentadas na Tabela 3 e na Figura 3, onde podem ser vistas as distribuições quantitativas de respostas. Na sequência, são apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos, que representam os resultados qualitativos.

RESULTADOS QUANTITATIVOS

TABELA 3

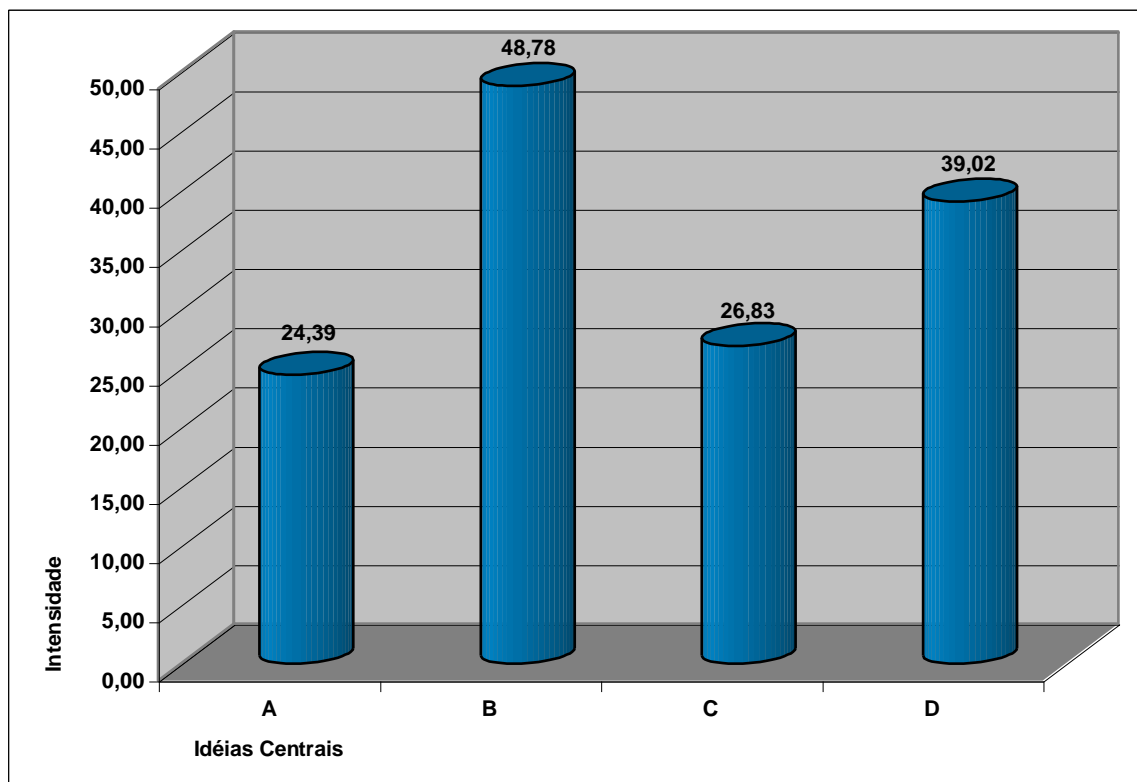
O dia a dia da criança com asma

IDÉIAS CENTRAIS	Nº DE RESPOSTAS	% *
A - Vive o cotidiano com ou sem crise	10	24,39
B - Vive o cotidiano mas ...	20	48,78
C - Vive o cotidiano até ...	11	26,83
D - Controle do meio pelos pais	16	39,02
TOTAIS	57	139,02

* Possibilidade de mais de uma Idéia Central por indivíduo.
Calculado em relação ao total de pais/responsáveis.

FIGURA 3

O dia a dia da criança com asma



RESULTADOS QUALITATIVOS

Idéia Central A - Vive o cotidiano com ou sem crises

DSC

O dia a dia dele é de uma criança normal, eu noto que se ele correr, rir, brincar muito, tem crise de tosse, mesmo se ele tiver bem, eu percebo isso e também ele não fica muito caidinho não, ele não se entrega, é mais forte.

De dia é assim, ele não se preocupa, faz as atividades que ele tem que fazer, as brincadeiras que ele quer fazer, aí se ele cansa, ele pára e descansa.

É um dia normal, como de toda criança, faz as coisas dele, brinca, corre, mesmo que fica todo roxo, se ele correr muito fica com a boca toda roxa, coisa de moleque mesmo, ele é um menino tranquilo, sossegado, muito bonzinho, é um amor, obediente, não é um menino que sai muito com os amigos.

O problema respiratório dele é muito grande durante a noite, ele coça muito o nariz, espirra, têm um sono muito agitado.

Olha, quando ele entra em crise, é difícil até da gente saber, porque ele não se abate muito, até com febre dificilmente ele deixa se abater e cai "to doente".

Idéia Central B - Vive o cotidiano mas...

DSC

Quando ele tá em casa, brinca muito com papel, gosta muito de recortar, é bem ativo, só quando corre muito, ou sobe ou desce escada, ou sobe ou desce ladeira lá na escola, é que ele fica muito cansado e tem Asma então fora isso, tudo tranquilo, só se ele anda muito ou se faz aquela coisa muito forçada que tem que puxar o ar, aí ele já começa com aquela falta de ar.

Mas na hora de dormir fica aquele barulho, aquela boca aberta, as vezes até incomoda, mas é uma criança ativa, é uma criança normal, tinha algumas dificuldades, não era assim como as outras crianças que tinha mais pique, mais força pra tudo, ele se cansava mais rápido, não parecia, mas no fundo eu acho que estava lá dentro guardado lá no fundo, porque ele não tinha força suficiente para acompanhar os outros da idade dele, mas aí ele já sabia que tinha problema e já deixava ele lá quietinho no canto dele, e atrapalha porque as vezes ele quer brincar, principalmente de correr, queimadinha, pega-pega.

Idéia Central C - Vive o cotidiano até...

DSC

Ele é uma criança normal, não chegou afetar nada a não ser quando dava as crises, aí ele ficava cansado, recolhido, mas só naquele momento, assim que ele já tomava uma melhora já voltava normalmente.

À noite quando ele tá atacado ele não dorme, nem eu durmo, mas se ele tá bem, então dorme normal, só quando tem a falta de ar mesmo é que fica a noite toda levantando da cama, que ele reclama muito da falta de ar, vai prá minha cama, vai prá cama dele, aí eu faço inalação, em casa mesmo, aí já melhora um pouco.

Mas não é fácil não, a gente lidar com criança que tem esse problema, porque é assim, ele sofre com isso, ele se acha uma criança diferente das outras.

Idéia Central D - Controle do meio pelos pais

DSC

Tenho que fazer as coisas para o meu filho, não é que eu tenho mania de limpeza, tem que limpar, mas tem poeira na rua, ele já não aguenta muito, ele brinca, e aí ele diz que cansa, eu tenho o maior cuidado com ele, quando sair do banho não toma friagem, não tenho mais animal em casa, não tenho tapete, a casa eu tive que tirar tudo, tapete, cortina, bicho de pelúcia, não deixar nada amontoado, tudo livre e a casa é pequena, então é triste, a gente quer colocar uma cortina, um tapete e não pode, produtos de limpeza também tem que usar sem cheiro, então não tem crise.

E tem que ser feito mesmo um tratamento, tem que ir em busca de um tratamento como eu fui buscando, e ajudou muito mesmo, ele me orientou sempre manter a casa limpa, passar pano e depois passar pano com álcool na casa e tirar aqueles protetor de berço que acumula pó, cortina, bichinho de pelúcia, tudo que acumula pó, manter a casa sempre com a janela aberta, sempre arejada e nada de talquinho, perfume, e sempre procurar lavar a roupa com sabonete neutro prá não ter cheiro e enxaguar bastante, normalmente a minha sala é bem arejada, a gente abre a janela, ele não fica se sentindo sufocado, é uma sala que não tem tapete, só forro, a cortina eu tirei, e a casa é bem simples, não tem quase nada de pano, porque eu sei que pano causa muita asma, não pode ter nada de mofo, tem que ter o lugar aberto, mais ar, assim dá prá respirar e é assim, eu fumo, antes eu fumava dentro de casa, então eu percebi que atacava mais, então se você quiser a saúde do seu filho tem que fazer isso.

O discurso mais significativo (categoria B: 48,78%), segundo os entrevistados, evidencia que no dia a dia as crianças vivem normalmente as situações do cotidiano mas, apresentam limitações quanto à pequenos esforços em atividades diárias simples como subir escadas, ladeira, repercutindo na sua desenvolvimento sócio-afetiva, com sintomas respiratórios

maiores no período noturno, e enfrentando o cotidiano apesar das dificuldades em algumas situações.

Outro discurso bastante significativo (categoria D: 39,02%), mostra o controle do meio realizado pelos pais, a preocupação e a responsabilidade deles em colaborar para que, fatores externos desencadeantes das crises dos filhos sejam minimizados com medidas de controle do ambiente onde vivem, mostrando um cuidado possível de ser realizado com a criança e a doença, deixando um sentimento de “missão cumprida”, ajudando e colaborando com o tratamento do filho, o que permite diminuir o seu sentimento de culpa. Eles cuidam efetivamente da criança.

Na opinião dos entrevistados, o discurso que descreve que a criança vive o cotidiano até o desencadeamento das crises de asma (categoria C: 26,83%), foi pouco mencionado, quando sabe-se que a interferência é grande. A limitação imposta pelos sintomas diurnos e noturnos mostra o sofrimento da criança, principalmente à noite, quando as crises são mais freqüentes, deixando os pais, e principalmente a mãe, ansiosa, preocupada e vigilante, mesmo quando a criança já adormeceu. Com isso, a mãe pode se tornar superprotetora e ficar exausta pelas noites mal dormidas.

Menos freqüente, porém significativa, é a opinião dos entrevistados quanto ao dia a dia das crianças porque vivem o cotidiano com e sem crise de asma (categoria A: 24,39%). Nesse discurso observa-se que existe uma “normalidade” na presença dos sintomas e das limitações no dia a dia da criança, ela não se entrega, mostra-se forte, negando sua doença e a condição de doente. Talvez as reações da criança no seu dia a dia, devam-se à postura adotada pelos pais em relação à doença.

Não foi mensurada a categoria E, de providências relativas à doença nos discursos dos pais uma vez que isso permeia todos os discursos anteriores, sendo inevitável o seu cuidado, por ser sua responsabilidade.

4ª. Pergunta – E como é o fato de ser uma criança asmática na escola?

A partir das falas dos pais e responsáveis obteve-se quatro categorias de Idéias Centrais apresentadas na Tabela 4 e na Figura 4, onde podem ser vistas as distribuições quantitativas de respostas. Na sequência, são apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos, que representam os resultados qualitativos.

RESULTADOS QUANTITATIVOS

TABELA 4

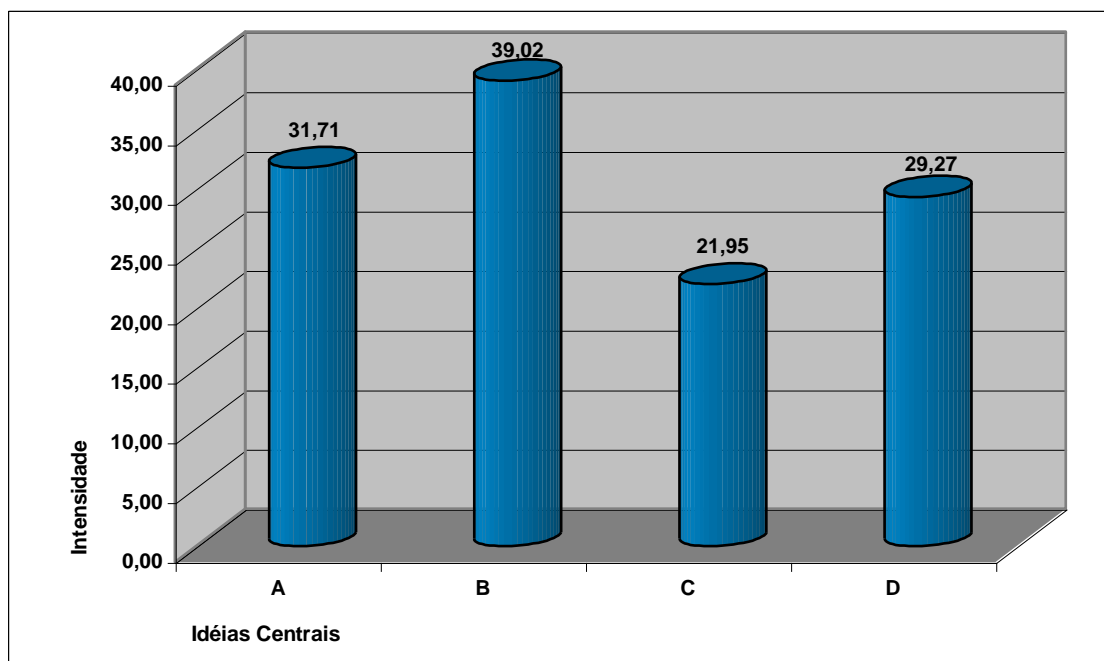
O dia a dia da criança na escola

IDÉIAS CENTRAIS	Nº DE RESPOSTAS	%*
A - Rotina escolar alterada com e sem crise	13	31,71
B - Rotina escolar alterada quando tem a crise	16	39,02
C - Rotina familiar alterada	9	21,95
D - Não interfere na rotina escolar	12	29,27
TOTAIS	50	121,95

* Possibilidade de mais de uma Idéia Central por indivíduo.
Calculado em relação ao total de pais/responsáveis.

FIGURA 4

O dia a dia da criança na escola



RESULTADOS QUALITATIVOS

Idéia Central A - Rotina escolar alterada com e sem crise

DSC

Na escola no início eu avisei quando ele entrou, ele já falava o que ele podia e o que ele não podia, então ele não brincava na terra, porque eu dizia pra ele que não podia, se tivesse sol ou se tivesse chovendo.

Eu acho que altera as coisas na escola, sabe como é, lá tem as atividades, fica mais cansado tá conseguindo fazer um pouco de educação física, porque antes ele não conseguia fazer que dava tosse.

Às vezes a professora passa assim alguma lição daí eu percebo que ele tem dificuldade.

E outra coisa é que também, ele falta muito, e atrapalha, tanto que ele tá no reforço, então ficava mais pra trás do que as outras crianças.

Quando ele tá com a crise, não dava pra ir pra escola porque a febre é muito alta, a falta de ar então, pior ainda, ele tinha um apito no peito.

As vezes na escola mesmo, se ele não terminou a lição e brigam com ele, aí ele já chora e vai pra casa chorando, e aquilo derrota ele.

Mas ele fala, procura um médico que tem que acertar o medicamento que você dá uma bombada e eu já melhora.

Então ele é uma criança diferente, mais responsável porque ele tem essas preocupações desde pequenininho e hoje ele foi crescendo e tem essas responsabilidades, mas devagar ele vai ficando mais soltinho.

Idéia Central B - Rotina escolar alterada quando tem crise

DSC

Na escola é normal, mas quando tinha crise ele faltava bastante na escola porque ficava muito tempo no hospital, mas ele nunca deixou de ser um aluno precioso, mesmo com as faltas, ia bem, assimilou, aprendeu bem.

Quando ele tá com crise não pode vim, eu não mando ele, eu tento arrumar um atestado, porque ele cansa e qualquer coisinha vira febre.

Ele já teve uma crise aqui na escola e já chegou com a boquinha toda roxa em casa, e o professor tem que perceber mais que o aluno fica assim cansado, já percebe que a criança não tá bem, e ele sabe que tem problema de asma.

E acaba sim prejudicando, porque quando tá com crise, acaba não estando presente na escola, mais assim, a questão da lição, do comportamento dela, não tem alteração, não muda e ela não queixa, dificilmente.

Idéia Central C - Rotina familiar alterada

DSC

Mas prá gente é difícil, atrapalha, eu perdi empregos por causa disso, das crises e o pediatra dele falou: você escolhe, ou você fica com ele ou você vai perder ele. Então é por isso que a gente tem essa série de cuidados prá não pegar a asma, porque se pega já viu, eu tenho que ficar com ele e não posso trabalhar ou então tenho que pagar prá alguém ficar com ele porque não pode ir prá escola, fica passando mal, com febre, aí me atrapalha muito e a ele também.

Então muda bastante a vida dele e às vezes até a minha mãe fala, deixa o menino um pouco, mas eu não deixo porque depois vai entrar em crise e tem que correr pro hospital, se bem que eu tenho inalador em casa, tem que ter né, mas quando é crise forte eu tenho que levar lá pro hospital, não tem como, às vezes eu faço em casa mesmo com um sorinho quando eu vejo que dá.

Você não pode fazer o que você gosta, você tem que fazer o que você pode, então atrapalha porque você não pode fazer o que você quer, é o que você pode mesmo, eu acho que interfere muito na vida.

Idéia Central D - Não interfere na rotina escolar

DSC

Na escola ele nunca teve crise, não teve problema nenhum, então não muda nada também no dia dia da escola. Acho que não tem nada de diferente

É normal, quando eles pediram autorização prá fazer a Educação Física, eu levei na pediatra que mandou uma carta que tava dizendo o que podia fazer, os exercícios aqui direitinho, fraquinho e que pode levar a vida dele normal.

Ele é muito esforçado, e, trabalho ele não dá pra gente não, é estudioso mesmo, mas é sapeca, então eu acho que é normal na escola, que nem em casa, não muda nada.

De acordo com a opinião expressa pelos pais entrevistados, é mais evidente o discurso onde a rotina escolar fica alterada na presença de crise de asma (categoria B: 39,02%), justificando o absenteísmo nestas situações, colocando a saúde da criança em primeiro plano, uma vez que pela gravidade da crise, necessitará de cuidados domiciliares ou hospitalares, interferindo na dinâmica diária escolar, familiar e da criança.

Outro discurso mostra que a rotina escolar fica alterada com e sem crise (categoria A: 31,71%). Observa-se uma limitação maior nas atividades destas crianças, que são orientadas, pelo excesso de preocupação da mãe, a não realizar atividades que possam desencadear crises; a criança diante disso se

mostra, às vezes, revoltada com a condição de asmática, pois a relaciona com limitação; alterações decorrentes do absenteísmo podem levar a desinteresse pelo estudo e dificuldade na atenção durante as aulas, dificultando seu aprendizado e progresso o que acaba por gerar a necessidade de reforço escolar, com conseqüente prejuízo da sua auto-estima e desenvolvimento afetivo-social.

Em uma porcentagem próxima, temos o discurso onde de acordo com os pais entrevistados, consideravam que o fato de seu filho ser uma criança asmática não interferia na rotina escolar (categoria D: 29,27%). Isso mostra um quadro de controle da doença, pois foi relatado que apesar de ter diagnóstico de asma grave, ou mesmo no caso de apresentar um quadro de asma leve, a criança tem realizado todas as atividades, faz educação física, não é privada pelo medo dos pais, conseguindo obter um desenvolvimento próprio para a idade dela.

A referência de alteração na rotina familiar pelo fato de ter uma criança asmática (categoria C: 21,95%), segundo a opinião dos pais entrevistados, apareceu no discurso com um sentimento de medo da perda do filho, por causa das crises respiratórias dele, pela gravidade do diagnóstico, a responsabilidade do cuidado com a saúde da criança, a escolha de mudar planos profissionais, muitas vezes há dificuldade em manter o emprego, pois a criança precisa de assistência e a mãe precisa estar presente.

4.2 ENTREVISTAS COM AS CRIANÇAS

Cabe lembrar que as entrevistas com as crianças foram realizadas com uma técnica de projeção, utilizando-se o flanelógrafo, como descrito anteriormente.

1ª. Pergunta – Estamos vendo uma casa, e esse menino(a) mora nessa casa. Faz de conta que você é esse menino(a). Como é a vida desse menininho(a) que tem asma, de dia e de noite?

A partir das falas das crianças obteve-se cinco categorias de Idéias Centrais apresentadas na Tabela 5 e na Figura 5, onde podem ser vistas as distribuições quantitativas de respostas. Na sequência, são apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos, que representam os resultados qualitativos.

RESULTADOS QUANTITATIVOS

TABELA 5

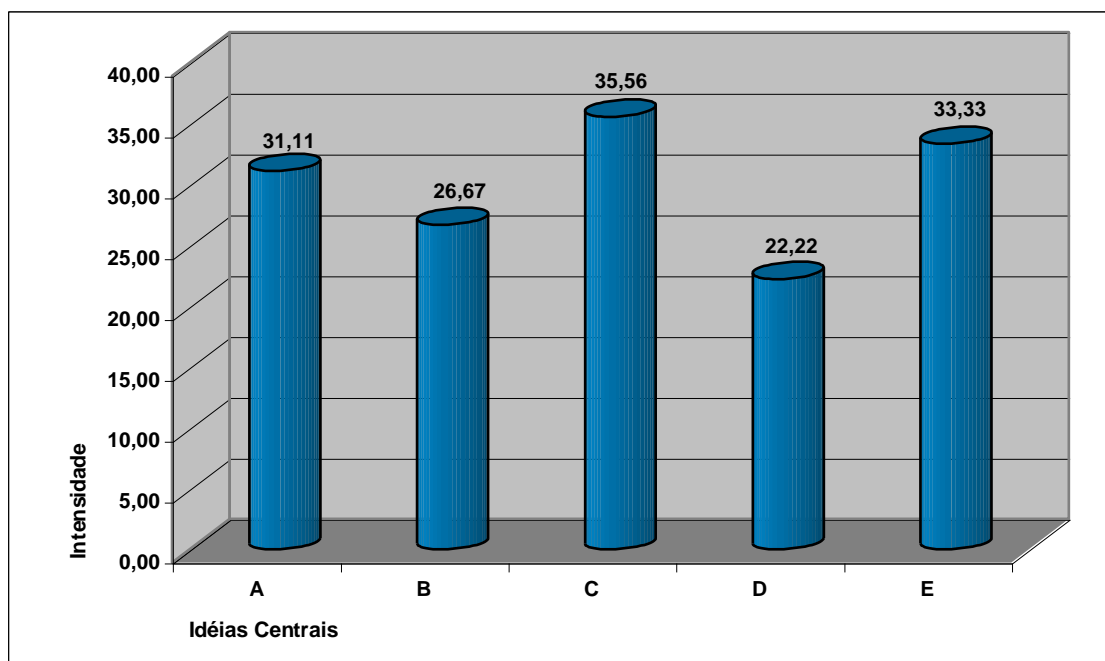
O dia a dia da criança com asma

IDÉIAS CENTRAIS	Nº DE RESPOSTAS	%*
A - Vive o cotidiano com e sem crise	14	31,11
B - Vive o cotidiano mas...	12	26,67
C - Vive o cotidiano até...	16	35,56
D - Controle do meio pelos pais e/ou pela própria criança	10	22,22
E - Providências relativas a doença	15	33,33
TOTAIS	67	148,89

* Possibilidade de mais de uma Idéia Central por indivíduo.
Calculado em relação ao total de crianças.

FIGURA 5

O dia a dia da criança com asma



RESULTADOS QUALITATIVOS

Idéia Central A - Vive o cotidiano com e sem crises

DSC

Como eu? De dia eu acordo bem cedo, tomo café da manhã e depois eu arrumo o material rapidinho, leio um livro antes de ir para escola, e vou pra escola. Quando eu chego em casa, já faço minha lição e vou jantar, assisto um pouco de TV, escovo os dentes e vou dormir.

À noite, às vezes, quando eu deito é muito ruim, eu não consigo respirar, tem que ficar com a cama assim, com a cabeça prá fora pra poder respirar, aí depois eu viro prá parede e durmo, é muito ruim dormir, eu durmo tarde demais por causa disso, e eu coloco rinossoro no nariz, melhora e eu durmo.

Eu faço artes marciais, e aí as vezes eu peço pro professor se eu posso parar, ele dá um tempo pra gente descansar, eu também faço natação e me ajuda, porque abre os brônquios.

Idéia Central B - Vive o cotidiano mas...

DSC

Quando é de dia eu tô brincando com meu irmão, jogando futebol, aí se eu tô cansado eu sento, porque ele sempre faz gol em mim, quando eu dou muita risada também eu tusso e canso.

Ele não pode brincar com os colegas porque senão ele pode passar a asma prá alguém. E ele, brinca sem ninguém, e aí só com os pais dele, e ele não pode falar muito perto das pessoas e nem abraçar ninguém, nem beijar nem nada.

Se tiver febre ele fica em casa triste, e se não tiver fica alegre brincando com os amigos dele, de esconde-esconde, de pega-pega, sobe na árvore para se esconder, e se chove, e ele brinca na chuva, aí ele fica doente, fica com falta de ar.

Ele vai brincando, e fica cansado, aí uma hora ela tem que parar pra ir lá em casa fazer inalação. Tem uma rampa lá na casa dele que ele começa andar e já fica cansado, aí ele anda, e já fica cansado.

Idéia Central C - Vive o cotidiano até...

DSC

Eu chego, brinco com meus colegas que me chamam, aí depois que eu brinco, eu chego e faço a lição de casa, tomo banho, janto, assisto um pouco de TV e vou dormir. Quando tá frio, aí ataca de noite e aí eu fico com falta de ar, fico cansado rápido, a gente fica dentro de casa assistindo televisão.

Quando eu to com asma eu não saio de casa, fico deitado todo o dia, não dá apetite de comer porque eu fico com falta de ar e não consigo me levantar, no dia que eu não to, eu saio, eu passeio.

A noite, tem que colocar um monte de travesseiro pra dormir bem, porque senão, não consegue.

O dia desse menino, quando sai de casa, que tá com asma, não consegue jogar bola, não consegue correr, não consegue fazer um monte de coisa, nem tomar sorvete, que tem vontade e é muito ruim isso, e quando vai encontrar os amigos dele, não pode porque tá com asma e se ele correr, cansa e fica com a respiração muito ruim, pior do que ela já tava.

Idéia Central D - Controle do meio pelos pais e/ou pela própria criança

DSC

A casa dele é pequenininha demais, e parece que pra mim é um pouco abafado, eu não gosto, então eu tenho que sair, ir na rua, é muito apertado, eu cheguei em casa e tive que respirar com a boca e não com o nariz.

Sabe, na minha casa agora, mudou o sofá de lugar que tava perto da janela e tinha muito pó, trocaram as colchas, lavamos os brinquedos de pelúcia, tudo que é de pêlo lavaram com água morna, tiraram as teias de aranhas que ficavam lá em cima, até em mim colocaram um pano no meu nariz pra eu não sentir nada

Eu tenho muita alergia a animais que tem pelos, vamos supor, gato, cachorro, aí eu fico com tosse, coçando e espirrando, e a minha mãe fica triste porque eu não posso correr e nem ter bichinho em casa, e eu também às vezes fico triste, sei lá, tá na moda todo mundo ter um gatinho, um cachorrinho, e eu não tenho porque eu tenho asma e é por isso que eu queria sarar.

Às vezes quando eu tomo sorvete, eu fico tossindo muito e chiando porque é gelado, e refrigerante eu posso, mas só se for sem gelo, às vezes minha madrinha compra refrigerante gelado e minha mãe põe no microondas pra mim. E também quando está chovendo, ele não pode ficar na chuva, porque ele pega resfriado, e tem que andar sempre de guarda chuva ou de carro pra não molhar ele, e no sol ele fica bem melhor.

No outro dia, tava reformando a minha casa, e fica muito difícil pra mim, eu tive até que dormir na cada da minha tia. E também, a coisa mais difícil de eu sobreviver em casa é que meu pai fuma e ataca a asma.

Idéia Central E - Providências relativas à doença

DSC

Ele levanta de manhã, aí que dia lindo, cof cof cof, não to me sentindo bem. Aí a mãe vai tirar a febre, aí dá remedinho prá garganta se tá vermelha, dá remédio da febre, e espera baixar, aí fica deitadinho descansando porque não pode ficar saindo muito por causa do vento, que pode ficar mais doente, não pode fazer muito exercício porque o peito pode ficar cheio, não pode correr muito porque o peito pode ficar chiando.

Quando eu fico com asma eu falo pra minha mãe aí ela me leva lá no hospital, a doutor vê o peito, o nariz, a boca, os olhinhos, vê o que ela tem, fala pra mãe, sempre pede inalação, toma o remédio porque tá com febre, aí descansa, deita, depois faz mais inalação, depois vai lá pro doutor pra ver se tá bem, se o doutor falar

que não tá bem, aí pode ser que fica internado, ou pode ser que fique de observação, se ele tiver bem, pode ir pra casa, mas tem que ficar 5 dias em casa, caso piore tem que voltar, mas ele vai tá melhor porque obedeceu o medico, tudo o que ele pediu e ficou melhor. Às vezes eu acordo de noite, aí eu começo a tossir muito, aí a minha mãe me leva pro hospital, tem vez que eu fico internado e é ruim. Quando eu tô com o peito cansado e a minha mãe não tá em casa, eu tenho que ligar pra ela ou pra minha vó prá ela vim.

O discurso mais significativo é o que evidencia, na opinião das crianças entrevistadas, que ela vive o cotidiano até ter crise respiratória (categoria C: 35,56%). Elas descrevem as atividades de vida diária simples e as alterações da rotina quando apresentam os sintomas de asma, as suas limitações, suas dificuldades e angústias principalmente à noite, período de maior frequência das crises.

Outro discurso significativo refere-se às providências relativas à doença (categoria E: 33,33%). Observa-se não só a responsabilidade transferida a essa criança quanto ao reconhecimento de situações nefastas para seu quadro asmático, ao auto cuidado e atitudes em situações de perigo, como também se ela costuma pedir ajuda não subestimando seus sintomas e como ela costuma fazer isso. Percebe-se que elas conseguem lidar facilmente com situações de “stress” que a doença provoca pelo quadro sufocante, mostrando que a autorização, ou seja, o apoio dado pela família proporciona um desenvolvimento psicoemocional positivo.

De acordo com as crianças entrevistadas, um discurso com porcentagem próxima dos anteriores, diz que esse grupo vive o cotidiano com e sem crises (categoria A: 31,11%), falaram da rotina diária, das interferências nas crises, as limitações nas atividades esportivas, porém não dramatizavam muito, enfatizando mais o período noturno como difícil e ruim.

Ainda com porcentagem próxima (categoria B: 26,67%), pouco mais de um quarto, tem seu cotidiano prejudicado pela interferência de algumas situações, como jogar futebol, subir rampa, rir muito, revelando um sentimento de tristeza por estas limitações. Chama ainda atenção no discurso, a falta de informação em relação à doença, mostrando uma crença ou fantasia de que a asma pode ser contagiosa para as pessoas.

No discurso onde falam do controle do meio pelos pais e/ou pelas próprias crianças (categoria D: 22,22%), relatam sensações físicas e emocionais desagradáveis de um ambiente que não é propício ao alérgico, percebe-se um descontentamento maior com o lar, além de algumas situações mais graves como em relação à piora da asma pelo fumo dos pais em casa e outras limitantes com uma seqüência de "não pode isso ou aquilo".

2ª. Pergunta – Agora estamos vendo uma escola, e esse menino(a) estuda nessa escola. Faz de conta que você é esse menino(a). Como é a vida desse menininho(a) que tem asma, na escola?

A partir das falas das crianças obteve-se quatro categorias de Idéias Centrais apresentadas na Tabela 6 e na Figura 6, onde podem ser vistas as distribuições quantitativas de respostas. Na seqüência, são apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos, que representam os resultados qualitativos.

RESULTADOS QUANTITATIVOS

TABELA 6

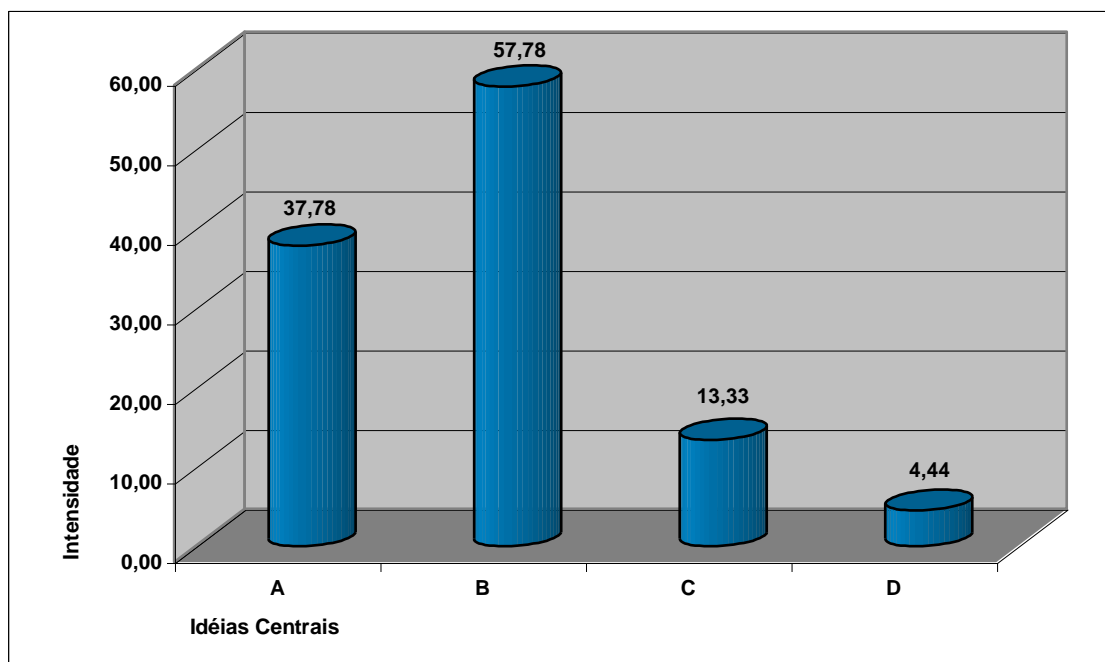
O dia a dia da criança na escola

IDÉIAS CENTRAIS	Nº DE RESPOSTAS	%*
A - Rotina escolar alterada com e sem crise	17	37,78
B - Rotina escolar alterada quando tem crise	26	57,78
C - Rotina familiar alterada	6	13,33
D - Não interfere na rotina escolar	2	4,44
TOTAIS	51	113,33

* Possibilidade de mais de uma Idéia Central por indivíduo.
Calculado em relação ao total de crianças.

FIGURA 6

O dia a dia da criança na escola



RESULTADOS QUALITATIVOS

Idéia Central A - Rotina escolar alterada com e sem crises

DSC

Às vezes quando eu chego lá, pra subir a rampa da garagem, eu me canso muito, aí vou pra sala de aula, bate o sinal e eu não sinto nada porque eu fiquei sentado, mas fico tossindo na aula toda, e pra ir tomar água e ir ao banheiro, tem que descer a escada bem devagar, porque senão cansa, e fica muito ruim, e pra ir pro pátio também tem que descer muito devagar.

Na educação física ele faz aula, fica fazendo esporte e cansa, quando eu corro muito fico cansado, só mais tarde é que eu consigo melhorar, aí eu tomo água, descanso um pouco, às vezes eu volto prá casa.

Na escola ele estuda e quer ficar na última carteira, bem longe de todo mundo, senão ele passa a doença e é muito ruim prá ele isso.

Tudo isso eu falei do menino e só que tudo isso acontece comigo.

E você pode repetir de ano, se faltar muito. Ele falta quando tem febre e também quando tem uma emergência, quando vai pro hospital, quando ta com crise, e atrapalha muito porque fica com muita falta de ar, daí ele vai estudar, ele fica sempre espirrando e ai a professora diz que tem que falar com o pai dele.

Idéia Central B - Rotina escolar alterada quando tem crise

DSC

Às vezes o dia dele é muito bom, quando não tem asma, porque quando tem asma, aparece de repente, é muito ruim.

Ele não vai pra escola quando tem asma, é ruim porque atrapalha fazer a lição, ficar com as pessoas, brincar com os amigos, não tem lanchinho na escola. Às vezes eu venho pra escola com asma e eu fico com falta de ar, não dá pra prestar atenção na aula, em quase nada, porque eu fico com vontade de ir embora logo, porque dá um mal estar, e quando eu to ruim mesmo eu nem venho, a minha mãe me leva no medico, e eu fico em casa e nem venho pra escola, e é ruim, eu perco bastante matéria.

Quando não tá com asma ele joga bola na escola, faz lição, brinca no recreio, come a comida da escola, brinca de pega-pega, de jogar bola na quadra, fica se escondendo pra ninguém bater nele na brincadeira.

Aí você chega na escola e fica com asma, aí tem que ligar pro seus pais vim te buscar.

E no dia que ta com a crise, não dá pra brincar porque fica cansado, tenho que ficar parando, e aí eu fico demorando e aí todo mundo não gosta que eu fico no time. É assim, eu brinco, mas ai quando tem corrida eles não querem que eu fico mais, porque eu demoro muito e é muito ruim.

Idéia Central C - Rotina familiar alterada

DSC

Aí também a minha mãe falou que eu não posso mexer com produto de limpeza, por causa que ataca minha rinite e minha Asma, e também se ele ficar perto de animais ou qualquer coisa com pêlo.

Idéia Central D - Não interfere na rotina escolar

DSC

Ele vai lá na quadra e espera a professora dele chegar, estuda muito, aí dá a hora do recreio e toma o lanche vai pra sala na aula de matemática aí ele vai embora.

Aí eu to lá estudando e a professora tá lá falando pros alunos que vai ler uma história e todo mundo tem que ficar quietinho.

Aí tem dia que é a professora de artes, e a gente volta a estudar depois do recreio.

No discurso mais expressivo, as crianças entrevistadas, relatam que a rotina escolar fica alterada quando elas têm crise (categoria B: 57,78%). Falam sobre as atividades cotidianas simples na escola, seu universo social e que com as crises ele é modificado. Não gostam de faltar à escola, relatam que isso atrapalha no acompanhamento do conteúdo pedagógico, no seu convívio social com os amigos, pois a criança é obrigada a ficar em casa para se submeter aos cuidados necessários em momento de crise.

Outro discurso significativo, refere-se à rotina escolar alterada com e sem crises (categoria A: 37,78%). As crianças falam das interferências da asma mesmo sem a crise e que permeiam seu cotidiano escolar trazendo algumas limitações, por exemplo: já na entrada da escola que tem uma rampa, provocando cansaço. Também aparece neste discurso o medo de transmitir a asma aos colegas, justificando às vezes o seu isolamento. Ela evita situações onde pode mostrar mais suas dificuldades, como rir muito, correr demais, entre

outras. Também não gosta de faltar na escola por causa das crises, tem medo de ser reprovada e isso é mais um motivo para se sentir derrotada.

O discurso que mostra a rotina familiar alterada na opinião das crianças entrevistadas (categoria C: 13,33%) refere-se aos cuidados orientados pela mãe para evitar fatores desencadeantes.

Uma porcentagem pequena (categoria D: 4,44%), relata no discurso que não existe interferência na rotina escolar apesar do diagnóstico devido às manifestações mais leves da doença, pois a criança apenas fala de rotina simples do dia, sem alterações nesta rotina.

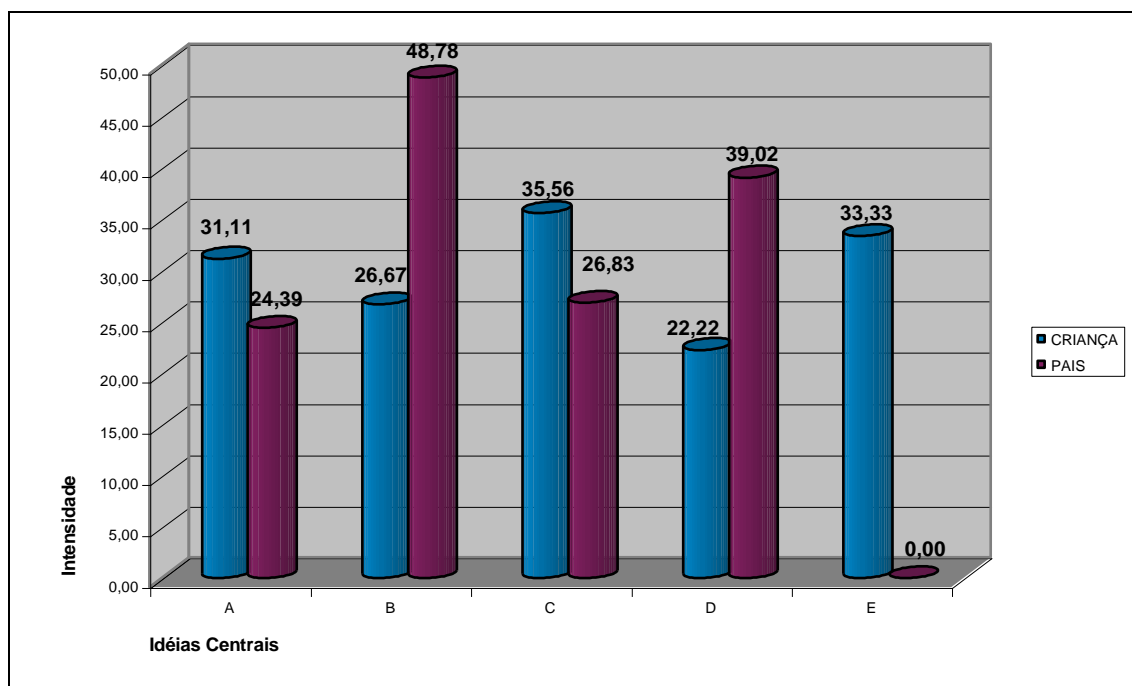
4.3 COMPARAÇÃO PERGUNTA 1-CRIANÇA E 3-PAIS

1ª. Pergunta (crianças) – Estamos vendo uma casa, e esse menino(a) mora nessa casa. Faz de conta que você é esse menino(a). Como é a vida desse menininho(a) que tem asma, de dia e de noite?

3ª. Pergunta (pais) – Como é o dia a dia dele(a) em casa de dia e de noite?

FIGURA 7

Comparação – O dia a dia da criança com asma



Ao comparar a pergunta realizada tanto para os pais quanto para as crianças em relação ao cotidiano em casa de dia e de noite, verifica-se que houve uma diferença nas opiniões nas categorias de maior significância. Para os pais a categoria B, mostra que as crianças vivem seu dia a dia com limitações constantes, enquanto que na fala mais significativa das crianças, a categoria C, mostra que as limitações são mais evidentes nas crises agudas, no período em geral, noturno. Isso se deve a percepções diferentes dos entrevistados; os pais os vêem como cuidadores atentos permanentemente, enquanto a criança está absorvida pelas experiências vividas interrompidas pela crise, tendo a consciência de sua condição de portador de doença crônica e de suas limitações. Em suma, os pais olham de uma certa distância, para poder cuidar, enquanto a criança está imersa no seu próprio cotidiano.

Em seguida, há categorias diferentes na sua ocorrência para pais e crianças, que de alguma maneira são semelhantes se observa-se que irão convergir buscando atitudes ativas de ambos diante das situações de riscos ou para minimizá-las. A categoria D mostra o controle do meio por parte dos pais e

neste discurso existem atitudes positivas onde por meio de um cuidado possível, os pais se posicionam de maneira efetiva diante da doença, isto é, com atitudes simples e práticas os pais conseguem ajudar no controle da doença dos filhos, gerando um bem estar para todos. O fortalecimento dos pais facilitará o relacionamento com o filho doente. No discurso das crianças, a categoria E, mostra que ela toma providências em relação à doença, se sente mais segura para reconhecer os sintomas e tomar decisões, seja pequena, tal como descansar após algum esforço ou maior, quando precisa pedir ajuda em situações de maior risco. Isso só é conquistado se essa criança tem um respaldo familiar que a autorize, isto é, a criança desenvolve o auto cuidado quando os pais são cuidadores e de alguma maneira tomam providências sempre que necessário.

Na terceira categoria mais frequente, apesar das diferenças, há semelhanças nos discursos quanto ao sofrimento das crianças no período noturno. As crises são vistas de maneira mais drástica pelos pais e não dramatizadas pelas crianças. Situação inversa acontece na quarta comparação das categorias.

Na categoria E, apareceram depoimentos que demonstram as providências relativas à doença. Como esta idéia era compartilhada na sua totalidade nos discursos dos pais, que como cuidadores automaticamente tomam as devidas providências, não havendo necessidade, portanto, que essa categoria fosse formulada para eles, diferente das crianças, onde essa idéia central apareceu em uma boa porcentagem dos discursos (33,33%). Deste modo foi acrescentada esta categoria para avaliação e discussão.

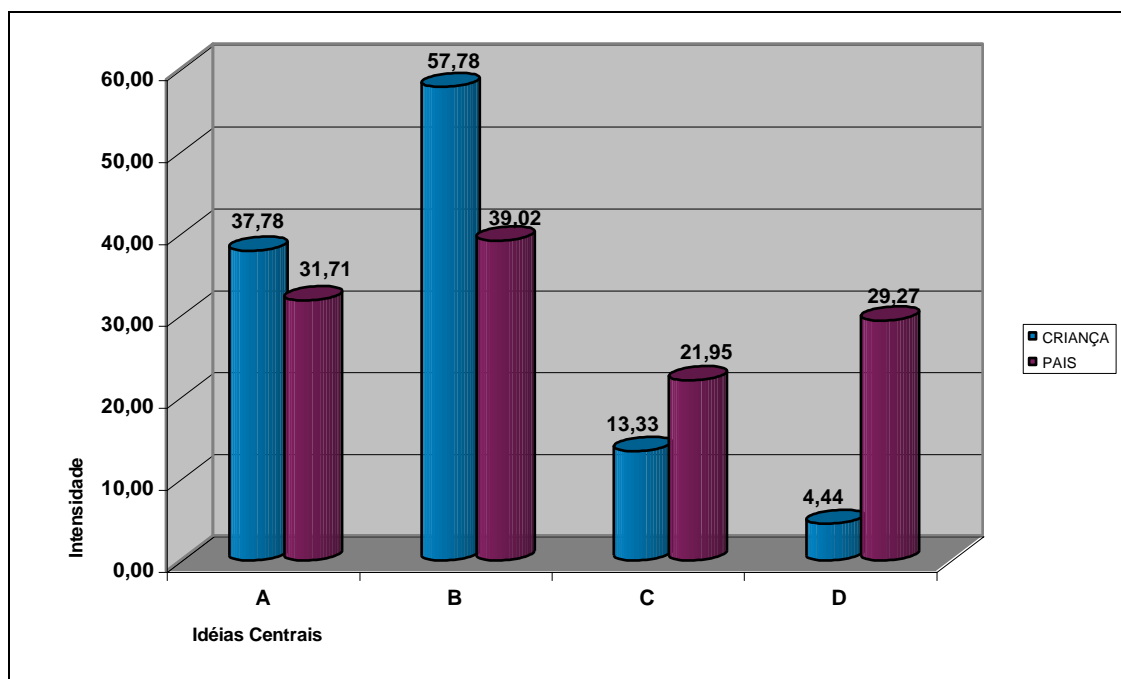
4.4 COMPARAÇÃO PERGUNTA 2-CRIANÇA E 4-PAIS

2ª. Pergunta (crianças) – Agora estamos vendo uma escola, e esse menino(a) estuda nessa escola. Faz de conta que você é esse menino(a). Como é a vida desse menininho(a) que tem asma, na escola?

4ª. Pergunta (pais) – E como é o fato de ser uma criança asmática na escola?

FIGURA 8

Comparação – O dia a dia da criança na escola



Foi consenso tanto nos discursos mais significativos dos pais quanto das crianças, na categoria B, que a rotina escolar é alterada na presença de crise de asma. Falam dos problemas decorrentes do absenteísmo escolar, como algo necessário pois a criança com crise de asma precisa de cuidados; isto pressupõe alterações nas atividades comuns do dia a dia escolar tanto para as crianças como para os pais, e isso é confirmado nos discursos de ambos.

Também estão de acordo na segunda categoria mais freqüente de idéias centrais onde aparece que a rotina escolar fica alterada com e sem crise de asma, na categoria A com interferência quase constante, no desenvolvimento das atividades na escola, segundo a fala das crianças. Elas enfatizam as influências no convívio social com os amigos que vivem este cotidiano. Há uma preocupação maior com os cuidados em relação à saúde na fala dos pais, que também referem a interferência na realização das atividades escolares impostas.

A categoria D, a terceira categoria mais freqüente na opinião dos pais é a de que não há interferência na rotina escolar, ficando essa categoria em quarto lugar na opinião das crianças, que não percebem qualquer limitação no dia escolar, podendo estar relacionado com a situação de controle da doença ou o diagnóstico de asma leve.

No discurso onde a rotina familiar é alterada, na categoria C, se comparado com a opinião dos pais e das crianças, pode-se perceber que a criança não tem consciência da alteração dessa dinâmica, enquanto os pais vivem essa alteração de forma consciente; sabem que tem responsabilidade e isto se torna complicado na medida em que precisam abrir mão de projetos da sua vida para adaptar-se à rotina daquele momento em decorrência da doença do filho.

Para verificar a interferência da asma no cotidiano das crianças portadoras desta patologia, foi necessário identificar a representação que as crianças e os pais de asmáticos faziam sobre esta doença.

Para os pais existe a expectativa por um filho sadio e o contato com a nova realidade de adaptar-se à rotina de ter uma criança portadora de doença

crônica, que exigirá cuidados, torna-se difícil, sendo um impacto o diagnóstico feito; enquanto para a criança, este diagnóstico não tem influência, pois ela ainda não tem consciência das repercussões da doença. Mesmo tendo contato com os cuidados médicos, ela acredita na cura ou na minimização dos sintomas.

Existe dificuldade no âmbito familiar em conceituar a asma, que é clara quanto ao seu significado sufocante, relacionado com a dificuldade de respirar. Tanto os pais quanto as crianças fizeram referência à asma nos discursos como falta de ar, como um sufoco... Como causas prováveis para o desencadeamento da doença, citam as gripes mal curadas, friagem ou mudanças do clima, além de condições inadequadas de moradia. Quando se comenta que a causa pode ser de ordem familiar, parece existir uma certa desconfiança nessa informação, como se não acreditassem ser possível transmitir uma doença ruim para o filho, porém em algumas falas percebe-se que existe uma confirmação de pertencimento do filho à família, pelo fato de várias pessoas terem o mesmo problema, é uma identidade familiar que deixa muitas vezes mais confortável o aceite deste diagnóstico.

Na grande maioria dos discursos dos pais, a mãe é a figura que se mostra mais apavorada e angustiada. É ela que assiste ao filho asmático e coloca-o em geral no centro da sua vida, podendo provocar assim alterações psicoemocionais e sociais. A asma é uma aflição para os pais, percebe-se uma demora para que aconteça uma apropriação do diagnóstico do filho, que é gradativa. Primeiro se aceita a ocorrência de outras doenças como uma pneumonia, uma bronquite asmática e isso justifica a demora em aceitar o diagnóstico da asma, que vem junto com o medo e o apavoramento, sendo menos dramática quando um dos pais é portador desta patologia, como vimos nos discursos, devido a representações que os pais fazem sobre a doença.

Percebe-se em algumas falas de pais uma possível negação mais do que falta de informação, com depoimentos que expressam que a asma não é asma, mencionam, por exemplo, outras terminologias como rinite, alergia, bronquite ou bronquite asmática, justificando seu impacto.

Como foi demonstrado na pesquisa, é o médico que confirma o diagnóstico, seja em consulta ambulatorial, quando os pais estão preparados para aceitar o diagnóstico, as orientações e tratamento, ou em um segundo momento, quando a criança necessita de internação, e os pais são forçados a aceitar e conviver com a asma a partir deste episódio onde entram em contato com a gravidade e limitações impostas pela asma. Em uma outra categoria que usa freqüentemente os serviços de emergência em Pronto Socorro, estes ou não aceitam a asma e seus cuidados, ou não estão devidamente informados, deixando em geral sem controle a doença do filho. De alguma maneira não existe uma parceria entre os envolvidos para o sucesso do tratamento.

De acordo com ZHANG et al. (2005), que investigou os conhecimentos de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão a um serviço especializado, realmente existe uma insuficiência de conhecimentos sobre a natureza e prognóstico da asma, uso inadequado das medicações e um descuido no controle do ambiente domiciliar. Em geral essas informações são fornecidas à família pelo médico e essa comunicação nem sempre é adequada para levar a conscientização da patologia.

Assim percebe-se que os profissionais de saúde também precisam estar preparados para estabelecer uma comunicação efetiva tanto com os portadores de asma quanto com seus familiares. Faz-se necessário também uma atenção maior no desenvolvimento de ações educativas dos profissionais de saúde para a promoção da saúde das crianças asmáticas e seus pais.

De acordo com a Carta de Ottawa divulgada em 1984,

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objeto de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global. (Ministério da Saúde, 2002, p.19).

Medidas adequadas de educação e promoção da saúde poderão permitir a redução do número de crises a que as crianças estão sujeitas no seu cotidiano bem como a superação da asma como doença crônica e limitante.

Algumas mães acreditam na remissão da asma pelo uso de simpatias, ou seja, como um ritual para prevenir ou curar enfermidades (FERREIRA, 2009). Sabe-se que muitas vezes o conhecimento científico se entrelaça com a sabedoria popular. Segundo GORDON (1996) a partir do momento que um especialista assume o tratamento, e o que a medicina convencional proporciona não é, na opinião dos pais, suficiente, tem início uma procura por complementar o tratamento por outros meios e práticas buscando a cura da doença, que nem sempre a medicina consegue.

Quanto ao tratamento médico propriamente dito, percebe-se a grande importância que é dada à nebulização ou inalação pelos pais como primeira medida que está ao alcance de todos, tornando-se para eles muitas vezes o mensurador da gravidade da crise asmática. A família se esforça para ter o inalador em casa, a fim de proporcionar para o filho o atendimento primário. Quando realizada e o resultado não é o que se espera, isso indica que a crise está fora de controle e há necessidade de uma ajuda especializada.

Também é bastante presente o medo do uso da "bombinha", indicada pelo médico, que traz um significado de que é muito grave o quadro asmático do filho, por isso eles decidem que não há necessidade de utilizá-la, pois faz muito mal para o coração: isto já está enraizado na cultura do asmático. Sabe-se no entanto, que os medicamentos inalatórios são os melhores para tratar a asma, pois vão direto para os pulmões, porém mesmo após essa explicação para os pais, o preconceito persiste.

A crise asmática é chamada geralmente nos discursos dos pais e das crianças como "ataque", "está atacado", revelando a sensação de algo muito negativo, sério e grave, colocando-os sempre em estado de alerta.

Os fatores desencadeantes são freqüentemente os vilões, e tentar controlá-los, dá-lhes a sensação de poder controlar a crise asmática, com

atitudes ativas, o que traz um conforto para os cuidadores e portadores da asma. Verifica-se nesse momento a fragilidade da criança portadora, que a qualquer momento poderá ficar doente, e a representação da criança asmática também é vista pela família como frágil. À medida em que ela cresce, fica mais velha e resistente, torna-se mais forte, e as crises de asma diminuem, esse discurso é bastante presente na fala dos pais, e também de algumas crianças.

Aparecem também claramente as interferências no cotidiano, sejam elas constantes, ou surjam apenas nas crises porém, é fato que a asma provoca mudanças na rotina das crianças e também dos pais.

As crianças enfatizam em seus depoimentos mais os momentos de crise, que são mais evidentes, o sofrimento é maior; pois a criança está imersa nesse cotidiano onde ela vive a crise de asma, que em geral ocorre à noite. A falta de ar, as dificuldades e as angústias deixam a criança fragilizada, com medo de novas crises. Mas, também aparece nos discursos, providências que as crianças tomam em relação à doença, e esse fortalecimento, que a torna capaz dessas iniciativas, se deve a uma provável maturidade emocional, que só se tornou possível por ela não ter sido privada de experiências próprias para sua idade. Sendo ela portadora de uma doença crônica como a asma, essa privação é bastante comum, tornando-a comumente objeto de cuidados e de superproteção pela família.

A criança fala com freqüência das suas dificuldades de relacionamento social com os amigos, onde há um auto-isolamento para se proteger e não expor suas limitações, ou elas são isoladas pelos amigos em determinadas situações em que as interferências da asma estão mais evidentes, principalmente nas atividades físicas e recreativas, que nesta fase da vida são bastante freqüentes, sendo o seu principal meio socializador, quando acontece a criação de vínculos com os amigos e a construção de sua identidade.

Também aparece citado nos discursos, a impossibilidade da criança viver situações agradáveis, realizar coisas que gosta, pois os pais querem protegê-la. Com isto causam-lhe um sentimento de tristeza, uma vez que não pode rir muito, correr muito, brincar muito, tomar sorvete, chuva, sol, enfim tudo o que

uma criança gosta de experimentar. Algumas crianças vivem o cotidiano sem dar importância aos sintomas, ficam cansadas, roxas, e parece que querem vencer a doença, ou subestimam a sua gravidade e muitas vezes ainda, não estão devidamente informadas e/ou não possuem um controle adequado da doença. Isso constitui um perigo, pois é necessário dar atenção aos sintomas.

Os pais falam das alterações no cotidiano do filho portador de asma de uma forma constante, e sofrem com isso, pois presenciam sua angústia e observam suas limitações em todos os momentos, eles estão sempre atentos para proteger os filhos, tornam-se cuidadores. Sentem-se colaboradores efetivos em relação ao filho doente, na medida em que conseguem realizar ações ativas para o bem estar do filho, tais como controle e higiene do meio, o que é possível de ser realizado e facilmente constatado o seu efeito, dando uma sensação de conforto interno. Sabe-se porém, que não se consegue afastar dessa maneira todos os fatores desencadeantes da asma. Deve-se observar aqueles fatores que tornam as crianças mais susceptíveis à crise e evitá-los.

Quanto à ampliação do espaço social da criança, a permanência delas em creches e outras instituições e sua adaptação à convivência com outras crianças, professores e cuidadores ocorre de forma prematura em virtude dos compromissos de trabalho dos pais. As crianças são mais frágeis quando têm pouca idade, estão mais expostas a fatores que podem desencadear enfermidades como a asma, o que pode levar a um descompasso em seu desenvolvimento psicossocial.

O relacionamento social com os amigos está baseado em geral em um sentimento de inferioridade onde tanto a criança como seus amigos consideram a asma como uma doença limitante, uma vez que apresenta situações do cotidiano, constantes ou não, que revela fraqueza, em atividades que exigem muito esforço físico como o futebol ou educação física, impedindo com isso que os vínculos sociais sejam fortalecidos.

5. CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa mostraram claramente que a asma interfere no cotidiano das crianças portadoras bem como dos seus pais, seja em casa, na escola ou em outros espaços de convivência.

Estas interferências apresentam-se no dia a dia das crianças portadoras de asma e dos pais de modo mais intenso ou mais leve, sendo física, emocional e social. De acordo com o universo infantil em que vivem, as inter-relações mais fortes acontecem na família e na escola, onde verifica-se a formação pessoal e a sociabilidade da criança, com a adaptação da rotina dos pais à condição de ter um filho asmático.

Na visão da criança portadora de asma a crise representa grande sofrimento. Elas se sentem fragilizadas, principalmente pela característica noturna dessas crises, as quais geram insegurança e angústia. As crianças também associam o sofrimento às limitações sociais impostas pela doença. Algumas se apropriam da condição de asmática e evidenciam maturidade emocional suficiente para produzir um fortalecimento que lhe permite tomar providências ao menor indício de sintomas e dessa forma impedem o agravamento da crise. Por outro lado, outras crianças mostraram imaturidade em relação à doença, não se apropriando da condição de portador e com isso não conseguem determinar a asma dentro das suas potencialidades de risco, o que acaba por gerar uma situação de perigo.

Os pais de crianças asmáticas compartilham com seus filhos a idéia de que a asma é causa de sofrimento e em geral, adotam uma conduta protetora que é exigida pela doença; porém, algumas vezes o excesso de proteção gera um

prejuízo ao desenvolvimento psicossocial da criança. A representação que os pais fazem da doença, leva-os a dramatizar ou a conviver bem com o diagnóstico da asma. Constatou-se uma relação positiva entre a vivência da doença por parte de um ou dos dois pais, por serem portadores também, pois, sentem-se mais capazes e tranquilos para informar e educar melhor seu filho.

Verificou-se também que crianças na idade escolar estudada, apresentam uma remissão das crises de asma, havendo uma fase de transição entre a ausência das crises com os sentimentos de alívio, felicidade e agradecimento, enquanto permeia ainda, o medo do retorno do sofrimento causado pelas crises e limitações da asma. Porém, aos poucos vão se sentindo mais confiantes, uma vez que adquiriram conhecimentos básicos referentes à patologia e aos procedimentos para seu controle.

Nesta fase da vida das crianças inicia-se o aumento das relações sociais, e constata-se, na maioria das vezes uma normalização e incorporação da asma na vida das crianças portadoras e dos seus pais, na medida em que eles se sentem seguros e descobrem que é possível conviver bem com a asma se todas as medidas de prevenção e promoção da saúde forem tomadas.

6. REFERÊNCIAS

- Adams RJ, Wilson DH, Taylor AW, Daly A, Tursan d'Espaignet E, Dal Grande E, Ruffin RE. Psychological factors and asthma quality of life: a population based study. *Thorax*. 2004; 59:930-935.
- Barnes PJ, Godfrey S, Naspitz CK. *Asma*. sl:Cayfosa; 1997.
- Bettencourt ARC, De Oliveira MA, Fernandes ALG, Bogossian M. Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. *J Pneumol*. 2002; 28(4):193-200.
- Borba RIH de, Sarti CA. A asma infantil e o mundo social e familiar da criança. *Rev Bras Alergia Imunopatol*. 2005; 28(5):249-254.
- Bosi DR, Reis AOA. A criança asmática na família: estudo de uma representação. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2000; 10(2):60-76.
- Bosi DR. A criança asmática na família: estudo de uma representação. [dissertação de mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.
- Burke P. *A escola dos Annales (1929-1989): a Revolução Francesa da historiografia*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP; 1997.
- Cadman D, Boyle M, Szatmari P, Offord DR. Chronic illness disability and mental and social well-being: findings of the Ontario child health study. *Pediatrics*. 1987; 79:805-813.
- Campos HS. O ABC da asma. *J Bras Med*. 2007; 93(5/6):10-24.
- Campos HS, Lemos ACM. A asma e a DPOC na visão do pneumologista. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(4):301-309.
- Casagrande RRD, Pastorino AC, Souza RGL, Leone C, Solé D, Jacob CMA. Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):517-523.
- Certeau M de. *A invenção do cotidiano*. 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes; 1994.

- Chatkim JM, Cavalet-Blanco D, Scaglia NC, Tonietto RG, Wagner MB, Fritscher CC. Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). J Bras Pneumol. 2006; 32(4):277-83.
- Clark NM et al. Developing education for children with asthma through study of self - management behavior. Helth Educ Quart. 1980; 7:278-297.
- III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Pneumol. 2002; 28 supl1:S6-S51.
- IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. J Bras Pneumol. 2006; 32 supl7:S447-S474.
- Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa: Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- Fiks IN. Asma no esporte: não deixe a asma atrapalhar sua vida. São Paulo: Claridade; 2008.
- Fiks IN. Asma: superando mitos e medos. São Paulo: Claridade; 2004.
- Georgiou A, Buchner DA, Ershoff DH, Blasko KM, Goodman LV, Feigin J. The impact of a large-scale population-based asthma management program on pediatric asthma patients and their caregivers. Ann Allergy Asthma Immunol. 2003; 90(3):308-15.
- Godfrey S, Barnes PJ, Naspitz CK. Asma e sibilância em crianças. sl:Cayfosa; 1997.
- Gordon R. A assustadora história da medicina. 5 ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 1996.
- Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2003; 326(7402):1308-9.
- Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed.UERJ; 2001.p.17-44.
- Kamoi TO, Rosario Filho NA, Farias L. História natural da asma em crianças: há remissão na adolescência? Pediatria. 1998; 20(4):310-315.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília(DF): Liber Livro Editora; 2005.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1193-1204.

Mahler M. O processo de separação e individualização. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.

Maia JGS, Marcopito LF, Amaral AN, Tavares BFT, Santos FANL. Prevalência de asma e sintomas asmáticos em escolares de 13 e 14 anos de idade. Rev Saúde Pública. 2004; 38(2):292-299.

Matos APS, Machado ACC. Influência das variáveis biopsicossociais na qualidade de vida em asmáticos. Psicol Teor Pesq. 2007; 23(2):139-148.

Mello-da-Silva CA, Fruchtengarten L. Riscos químicos ambientais à saúde da criança. J Pediatr (Rio J). 2005; 81(5 supl):S205-S211.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-quantitativo: oposição ou complementariedade? Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):239-262.

Minayo MCS, organizadora, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis. Vozes; 2010.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: asma grave. Brasília(DF); 2002 [acesso em 26 jul 2010] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23509.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília(DF); 2002 (Série B. Textos Básicos em Saúde).

Moscovici SA. Representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Moscovici SA. Representações sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

Nevot S. Importancia de la calidad de vida en asma infantil. Allergol Immunopathol. 2000; 28(3):163-183.

Park SJ. Aspectos psicológicos no tratamento da asma em crianças. Baillière's Clin Paediatr. 1995; 3:417-425.

Pereira EDB, Torres L, Macedo J, Medeiros MMC. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de crianças com até 5 anos de idade. Rev Saúde Pública. 2000; 34(1):39-43.

Pereira MG. A perspectiva biopsicossocial na avaliação em psicologia da saúde: modelo interdependente. Psicol Teor Invest Prát. 2001; 2:1-9.

Qualiquantisoft [software na internet]. SPI-Sales&Pascoal Informática. São Paulo; 2007. Disponível em: http://www.spi_net.com.br.

Santana LFSCA, Bastos RCS, Martinez-Silveira MS, Souza LSF. Intervenções educativas em asma na infância: uma revisão analítica da literatura. *J Bras Pneumol*. 2005; 31(5):445-58.

Solé D, Naspitz CK. Epidemiologia da asma: estudo ISAAC (International Study for Asthma and Allergies in Childhood). *Rev Bras Alerg Immunopatol*. 1998; 21(2):38-45.

Solé D, Camelo-Nunes IC, Wandalsen GF, Naspitz CK, Vanna AT, Amorim A et al. A asma em crianças brasileiras é problema de saúde pública? *Rev Bras Alergia Immunopatol*. 2004; 27(5):185-188.

Solé D. International Study for Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): o que nos ensinou? *J Bras Pneumol*. 2005; 31(2):93-94.

Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC, Naspitz CK; ISAAC-Grupo Brasileiro. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study for Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) – Fase 3. *J Pediatr*. 2006; 82(5):341-346.

Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saúde Pública*. 1993; 9(3):300-308.

Teiramaa E. Psychosocial and psychic factors in the course of asthma. *J Psychos Res*. 1978; 22(2):121-125.

Vovelle M. Ideologia e mentalidades. São Paulo: Brasiliense; 2004.

Wijesinghe M, Weatherall M, Perrin K, Crane J, Beasley R. International trends in asthma mortality rates in the 5 to 34 year age group. *Chest*. 2009; 135(4):1045-1049

Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children. *Cochrane Database Syst Ver*. 2003; (1):CD000326.

Zhang L, Costa MG, Ávila LM, Bonfanti T, Ferruzzi E. Conhecimentos de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão a um serviço especializado. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(6):342-7.

Zorzetto R, Moura M. Variações sobre um tema sufocante. *Rev Pesq Fapesp*. 2009; (165):17-21.

ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para mães/ pais/ responsáveis e crianças

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: A INTERFERÊNCIA DA ASMA NO COTIDIANO DAS CRIANÇAS.

Esta pesquisa tem o objetivo de verificar como a ASMA influencia o dia a dia das crianças e, como tem sido sua vida com chiado e falta de ar. Para tanto, realizarei perguntas claras e objetivas às crianças, mães/pais/responsáveis e professores. Toda esta conversa será gravada para podermos aproveitar melhor o conteúdo.

A qualquer momento você pode pedir esclarecimentos sobre a pesquisa ou desistir de participar, sem que tenha qualquer prejuízo; você pode contatar-me pelo telefone (11)35412970 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Arnaldo 715 em São Paulo, telefone (11)30617742.

Será garantido total sigilo e confidencialidade das informações coletadas e sobre os participantes, não havendo qualquer divulgação dos nomes das pessoas, e dos estabelecimentos envolvidos. Não haverá quaisquer despesas. Não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Sua participação é VOLUNTÁRIA. Caso não queira participar da entrevista ou não queira responder algum item você tem plena liberdade.

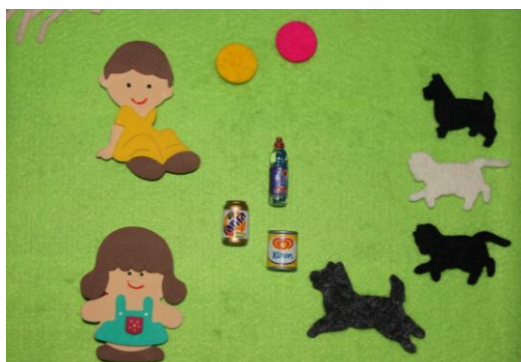
Agradeço sua colaboração

Marisa Augusta Trinca- Pesquisadora

Li, entendi, tive oportunidade de esclarecer dúvidas, aceito participar e autorizo o menor _____ a participar, se for por livre e espontânea vontade dele.

Colaborador

ANEXO 2 – Imagens do flanelógrafo





Marisa Augusta Trinca

possui graduação em Fisioterapia pela Faculdade de Educação Física de Lins (1988) e especialização em Fisioterapia Orto Traumatologia pela Universidade do Grande ABC (2002) . Atualmente é Presração de Serviços da Unidade de Reabilitação Global e Prestação de Serviços da Hospital Santa Isabel. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Última atualização do currículo em 12/02/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/0713327602522943>



Dados pessoais

Nome Marisa Augusta Trinca

Nome em citações bibliográficas TRINCA, Marisa Augusta

Sexo Feminino

Endereço profissional Unidade de Reabilitação Global.
Av. Dr. Arnaldo 2088
Sumaré
01255-000 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 38721966
URL da Homepage: <http://>

Formação acadêmica/Titulação

- 2002 - 2002** Especialização em Fisioterapia Orto Traumatologia . (Carga Horária: 600h).
Universidade do Grande ABC, UNIABC, Brasil.
Título: Proposta de Tratamento Fisioterapêutico na Artroplastia Total do Joelho (ATJ).
Orientador: Noeli Aparecida Gallinari.
- 1984 - 1988** Graduação em Fisioterapia .
Faculdade de Educação Física de Lins, FEFL*, Brasil.
Título: Fisioterapia no Hemifílico Adolescente.
Orientador: Gislene Fassina.

Formação complementar

- 2008 - 2008** 13 curso do discurso do sujeito coletivo.
Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.
- 2002 - 2002** Curso Internacional de Hidroterapia Método Bad Rag. (Carga horária: 15h).
Peggy Schoedinger.
- 1999 - 1999** Reeducation Posturale Globale Rpg. (Carga horária: 240h).
Instituto Ph E Souchard de Reeducação Postural Global.
- 1999 - 1999** Cours Internationale de La Methode Iso Stretching.
Prof Bernard Redondo.

Atuação profissional

Unidade de Reabilitação Global, URG, Brasil.

Vínculo institucional

1994 - Atual Vínculo: Presração de Serviços, Enquadramento Funcional: , Carga horária: 0

Atividades

1994 - Atual Outras atividades técnico-científicas .

Atividade realizada
Atendimento Fisioterápico.



Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Possui graduação em Educador Sanitário pela Universidade de São Paulo (1960), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1983). Atualmente é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública e professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em promoção da saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, escola promotora da saúde, educação em saúde e tabagismo.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 19/11/2009

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/5048959810978564>



Dados pessoais

Nome Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Nome em citações bibliográficas PEREIRA, I. M. T. B.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo 715
Cerqueira Cesar
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667717 Ramal: 7761

Formação acadêmica/Titulação

- 1979 - 1983** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Educação em Saúde em Unidades Sanitárias do Município de São Paulo,
Ano de Obtenção: 1983.
Orientador: Ruth Sandoval Marcondes.
Palavras-chave: Educação em Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública /
Especialidade: Saúde Escolar.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.
- 1974 - 1977** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O Educador de Saúde Pública em um Sistema de Educação, *Ano de Obtenção:* 1977.
Orientador: Ruth Sandoval Marcondes.
Palavras-chave: Educação em Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública /
Especialidade: Educação Em Saúde.
Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.
- 1957 - 1960** Graduação em Educador Sanitário .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

1978 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Doutor, Carga horária: 24

Atividades

1998 - Atual Serviços técnicos especializados , Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.

Serviço realizado
Validação de Instrumento para diagnóstico de comportamentos de risco em escolares.

1995 - Atual Pesquisa e desenvolvimento .