

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

**LÍLIA MARIA CARVALHO DE ANDRADE**

**ESCOLARES COM SINTOMAS DE ASMA EM UMA  
COMUNIDADE CARENTE DE SALVADOR:  
O OLHAR DA FAMÍLIA**

Salvador  
2007

**LÍLIA MARIA CARVALHO DE ANDRADE**

**ESCOLARES COM SINTOMAS DE ASMA EM UMA  
COMUNIDADE CARENTE DE SALVADOR:  
O OLHAR DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientador: Dr<sup>a</sup>. Elaine Pedreira Rabinovich

Salvador  
2007

UCSAL. Sistema de Bibliotecas.  
Setor de Cadastramento

A553e Andrade, Lília Maria Carvalho de

Escolares com sintomas de asma em uma comunidade carente de Salvador: o olhar da família / Lília Maria Carvalho de Andrade. - Salvador: UCSal. Curso de Pós- Graduação do Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, 2007.  
96 p.

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação do Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Profª Drª Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Escolar asmático - Família - Cuidado. 2. Família baixa renda - Asma - Prevalência. 3. Criança asmática - Bairro da Paz - Salvador - Bahia. 4. Comunidade carente - Pesquisa. 5. Família contemporânea - Dissertação. II. Universidade Católica do Salvador. Curso de Pós-Graduação do Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. III. Título.

CDU 316.356.2:616.248-053.2 (043.3)

**LÍLIA MARIA CARVALHO DE ANDRADE**

**ESCOLARES COM SINTOMAS DE ASMA EM UMA  
COMUNIDADE CARENTE DE SALVADOR:  
O OLHAR DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Salvador, 30 de novembro de 2007.

Banca Examinadora:

---

Célia Nunes Silva  
Dr<sup>a</sup> em Medicina – Universidade Federal da Bahia

---

Anamélia Lins e Silva Franco  
Dr<sup>a</sup> em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

---

Elaine Pedreira Rabinovich  
Dr<sup>a</sup> em Psicologia Social – Universidade de São Paulo

*Dedico este trabalho aos meus filhos, Gabi e Luquinhas,  
que me ensinaram de forma simples, a essência do mais puro sentimento: o amor;  
e fizeram com que eu me transformasse em uma pessoa melhor e buscasse incessantemente um  
mundo também melhor.*

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não ficaria como ela é sem a ajuda de muitas pessoas, a quem desejo agora agradecer. Porém, toda lista de agradecimentos, eventualmente, peca pela ausência de uma ou outra pessoa que teve papel, ainda que pequeno, na conclusão de um trabalho como este. Mesmo assim, arrisco-me a relacionar os nomes de alguns que participaram dessa jornada comigo, ou antes dela forneceram-me os meios para a travessia. Portanto, quero agradecer a todas as pessoas que se fizeram presentes, que se preocuparam, que foram solidárias e que torceram por mim.

- A todas as famílias do Bairro da Paz por acolherem e viabilizarem este projeto, e, principalmente, pela simplicidade com que compartilharam seus sofrimentos, os quais, contraditoriamente, deram sentido a esta dissertação.

- A Gabi e Luquinhas, meus tesouros tão queridos, os quais amarei eternamente e a quem dedico esta dissertação. Obrigada por vocês existirem e por terem compreendido esse momento de renúncias e sacrifícios, apesar da tão pouca idade.

- Aos meus pais e irmão pelo amor, força e apoio que me nutrem e fortalecem cada dia, por compartilhar comigo todas as conquistas e dificuldades dessa caminhada, por me ensinar desde pequena os valores humanos e por fazer de nosso lar um ambiente de cuidado.

- A Serginho, que por vezes deve ter detestado a mim e a este trabalho, pois ele sacrificou muitos momentos que poderíamos ter desfrutado juntos, mas sempre incentivou, sempre apoiou e, o melhor de tudo, compreendeu e se manteve ao meu lado.

- A Elaine pela sua imensa disponibilidade, dedicação, orientação segura, pela paciência com meus erros e pelo entusiasmo com os meus acertos. Principalmente, pelo ombro amigo, quando da exaustão diante do percurso.

- A D. Antônia, mãe emprestada, que tanto me ajuda a lutar pela vida e a enfrentar com sabedoria as dificuldades. Pra você fica meu eterno amor e gratidão.

- A Sergio, pelas suas fantásticas contribuições e sugestões, pelo exemplo de profissional, pelo conhecimento compartilhado e pela ajuda constante com nossos filhos.

- A Thelso, amigo fiel e incomparável conselheiro, por permitir que eu construísse meu próprio caminho, por acreditar em meu potencial, por partilhar seus conhecimentos e me ensinar-cuidando durante todos esses anos.

- A Cris Serradourada e a Kika, amigas imprescindíveis na vida de qualquer um. Obrigada por partilharem diversos momentos de cuidado durante essa caminhada e também por servirem de exemplo enquanto profissionais e seres humanos.

- A Lena Maia, parceira, amiga e incentivadora, que me ensinou a fazer da busca do conhecimento o caminho de uma vida.

- A Sumaia, pelo incentivo, exemplo e motivação e por ter me ensinado que é possível unir prazer e profissionalismo.

- A Cléber Santos, pelo apoio e companhia valiosa nessa jornada.

- A Kleber Pimentel, pelo esforço conjunto na construção e elaboração da fase inicial dessa pesquisa.

- Aos alunos do Programa de Iniciação Científica – tema Asma, do Curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Tecnologia e Ciências, pelo interesse e compromisso com o outro.

- A Darlene Santos pela sua revisão ortográfica e por ter me proporcionado tranquilidade na entrega deste trabalho.

Com certeza, sozinha eu não chegaria aqui.

## RESUMO

Asma é uma doença inflamatória crônica, comum na infância, com taxas de prevalência elevadas no mundo todo. Apenas fatores genéticos não explicam o aumento da prevalência e condições ambientais, sociais e psicológicas têm sido consideradas. Desta forma, decidiu-se, inicialmente, estimar a prevalência de sintomas de asma em escolares no Bairro da Paz, na cidade de Salvador, Bahia, verificando relação entre as características sócio-demográficas e a ocorrência destes e, posteriormente, identificar, investigar e analisar a influência da dinâmica familiar na percepção, no tratamento, na condução e no desencadeamento de sintomas de asma. Para o primeiro estudo, um inquérito populacional domiciliar foi conduzido com escolares de 7 a 14 anos, residentes desde o nascimento no Bairro da Paz. Utilizou-se o formulário ISAAC e este foi aplicado aos responsáveis pelos portadores dos sintomas. Foram estudados 242 indivíduos com renda familiar e escolaridade caracterizada como baixas. Asma cumulativa foi identificada em 38,4%, asma ativa em 31,1%, sibilos após exercício físico em 36,6% e asma diagnosticada em 16,6% deles, sem diferenças entre gênero e grupo racial. Houve prevalência de asma ativa mais elevada nos meninos na faixa etária menor que 10 anos (RP=0,42; IC=0,19-0,91). Foi observada uma faixa de prevalência alta para asma, com maiores taxas em escolares de família cuja faixa etária era mais baixa e escolaridade mais alta. Os achados podem ter relação com o clima quente e úmido do local e com baixos indicadores de desenvolvimento humano da população estudada. Na segunda etapa do estudo, realizou-se um estudo qualitativo com dez famílias de escolares classificados, anteriormente, como portadores de sintomas de asma grave, que foram entrevistadas utilizando-se um roteiro semi-estruturado. Os dados foram analisados através da técnica de análise fenomenológica interpretativa, considerando o momento anterior à primeira crise de asma (sentimentos maternos no momento do nascimento, dados sócio-econômico-demográficos, hereditariedade), o momento anterior à crise de asma (separação e morte de familiar, elementos emocionais imediatos à eclosão da crise, exposição a alérgenos) e o momento posterior à crise de asma (o olhar da família, sacrifícios e renúncias, assistência à saúde). Os resultados indicaram haver uma influência genética, ambiental e emocional no aparecimento da crise de asma e a presença de uma conjuntura em torno da criança asmática que a particulariza, tornando-a especial e que favorece tanto o aparecimento primeiro da crise quanto a sua perpetuação.

Palavras-chaves: asma; escolares; família; prevalência; comunidade carente.



## ABSTRACT

Asthma is a chronic inflammatory disease, most common in childhood and with high prevalence around the world. Genetics factors alone do not explain the increase of its prevalence, and psychological, social, and environmental conditions have been considered. First of all, the assessment of the prevalence of asthma symptoms in schoolchildren in Bairro da Paz, in the city of Salvador, Bahia, was made, in order to evaluate the relationship between sociodemographic characteristics and symptoms. Later, the objective was to identify, to investigate, and to analyze the family influence on the perception, on the treatment, on the management and on the onset of asthma symptoms. At the first phase, a cross-sectional study was carried out among schoolchildren in Bairro da Paz. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) was used and applied to those responsible for the children with the asthma symptoms. Two hundred and forty-two schoolchildren with low socioeconomic characteristics and low level of schooling were studied. Cumulative asthma was identified in 38,4%, active asthma in 31,1%, wheezing upon physical exertion in 36,6%, and diagnostic asthma in 16,6%, without any differences between genders and race groups. Active asthma was more prevalent in boys under 10 years old. (CI=0,19-0,91). A high prevalence of asthma in the neighborhood of Bairro da Paz was identified in children of families with higher levels of schooling and younger age. The findings related to places with warmer average temperatures can be associated with increased asthma prevalence and poverty. At the second moment, a qualitative study was carried out with 10 (ten) families of schoolchildren, previously analyzed and classified as sufferers of severe asthma, who were interviewed using a semi-structured questionnaire. The data were analyzed through the technique of interpretative phenomenological analysis, considering the moment before the first fit of asthma (maternal feelings at the moment of birth, socioeconomicdemographic characteristics, genetic factors), the moment before the fit of asthma (death or separation in the family, emotional factors immediately after the fit, exposure to allergens), and the moment after the fit of asthma (the family's look, sacrifices and renunciation, health assistance). The findings showed a genetic, environmental and emotional influence on the onset of asthma and the presence of a particular event or fact that makes the child unique and special, in a way that favors both the onset and the perpetuation of the crisis.

Keywords: Asthma, Schoolchildren, Family, Prevalence, Low-income neighborhood

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### ILUSTRAÇÕES

#### QUADROS

- Quadro 1** – Classificação da gravidade da asma. 14
- Quadro 2** - Característica especial encontrada na vida do escolar. 58
- Quadro 3** - Características dos escolares e responsáveis do Bairro da Paz, 2007. 63

#### GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição de escolares do Bairro da Paz de acordo com a área de investigação. 34

## LISTA DE TABELAS

### TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características demográficas dos escolares do Bairro da Paz e responsáveis, 2004.	35
<b>Tabela 2</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de 7 a 14 anos. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	36
<b>Tabela 3</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de 7 a 14 anos de acordo com o gênero. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	37
<b>Tabela 4</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma escolares em menores de dez anos de acordo com o gênero. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	38
<b>Tabela 5</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares maiores de dez anos de acordo com o gênero. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	39
<b>Tabela 6</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de 7 a 14 anos de acordo com a raça. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	40
<b>Tabela 7</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de acordo com a idade (mediana=10 anos). Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	41
<b>Tabela 8</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma de acordo com renda familiar (estimada em Salários Mínimos). Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	42
<b>Tabela 9</b> – Prevalência de sintomas relacionados à asma de acordo com instrução do responsável (estimada em menor instrução, quando primeiro grau incompleto ou menor e maior instrução, quando primeiro grau completo ou maior). Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.	43
<b>Tabela 10</b> - Prevalência de sintomas de asma em escolares do Bairro da Paz e Cidades da Bahia (ISAAC – fase III).	44
<b>Tabela 11</b> - Características demográficas dos escolares do Bairro da Paz, 2007.	61
<b>Tabela 12</b> – Características demográficas dos responsáveis dos escolares do Bairro da Paz, 2007.	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CPTEC</b>	Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>FTC</b>	Faculdade de Tecnologia e Ciências
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC 95%</b>	Intervalo de Confiança de 95%
<b>INMET</b>	Instituto Nacional de Meteorologia
<b>IPA</b>	Análise Fenomenológica Interpretativa
<b>ISAAC</b>	<i>International Study of Asthma and Allergies in Childhood</i>
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>PFE</b>	Pico de Fluxo Expiratório
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMS</b>	Prefeitura Municipal de Salvador
<b>RP</b>	Razão de Prevalência
<b>SEPLAM</b>	Secretaria Municipal do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente
<b>SM</b>	Salário Mínimo
<b>SNABS</b>	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Science</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UCSAL</b>	Universidade Católica do Salvador
<b>UNESCO</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
<b>VEF<sub>1</sub></b>	Volume Expiratório no Primeiro Segundo
<b>X<sup>2</sup></b>	Qui-quadrado

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 METODOLOGIA DE ESTUDO</b>	<b>24</b>
2.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA	27
2.2 ABORDAGEM QUALITATIVA	30
<b>3 ESTUDO QUANTITATIVO DA ASMA NO BAIRRO DA PAZ</b>	<b>34</b>
<b>4 ESTUDO QUALITATIVO DA ASMA NO BAIRRO DA PAZ</b>	<b>52</b>
4.1 MOMENTO ANTERIOR À PRIMEIRA CRISE DE ASMA	52
<b>4.1.1 Sentimentos maternos no momento do nascimento</b>	<b>52</b>
4.1.1.1 Aceitação	53
4.1.1.2 Rejeição	53
4.1.1.3 Ambivalência	55
<b>4.1.2 Dados sócio-econômico-demográficos</b>	<b>60</b>
<b>4.1.3 Hereditariedade</b>	<b>63</b>
4.2 MOMENTO ANTERIOR AO APARECIMENTO DA CRISE DE ASMA	65
<b>4.2.1 Separação e morte</b>	<b>65</b>
<b>4.2.2 Elementos emocionais imediatos à eclosão da crise</b>	<b>67</b>
<b>4.2.3 Exposição a alérgenos</b>	<b>69</b>
4.3 MOMENTO POSTERIOR À CRISE DE ASMA	71
<b>4.3.1 O olhar da família</b>	<b>71</b>
<b>4.3.2 Relação da família com a criança asmática: sacrifícios, renúncias</b>	<b>72</b>
<b>4.3.3 A assistência à saúde</b>	<b>75</b>
4.3.3.1 Rede familiar	75
4.3.3.2 O sistema de saúde e o Bairro da Paz	77
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO</b>	<b>92</b>
ANEXO 1 - MODELO DO QUESTIONÁRIO	92
<b>APÊNDICES</b>	<b>93</b>
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA	96

## 1 INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. Ela se manifesta clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao despertar. É a doença mais comum na infância e pode levar à morte (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT, 2006).

A doença asmática pode ser classificada de acordo com a gravidade e a sua avaliação usual pode ser feita pela análise da frequência, intensidade dos sintomas e pela função pulmonar (Quadro 1). Estima-se que 60% dos casos de asma sejam intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves. Ressalta-se que embora a proporção de asmáticos graves represente a minoria dos asmáticos, ela concerne com a maior parcela na utilização dos recursos de saúde (Global Initiative for Asthma - GINA, 2005).

	<b>Intermitente*</b>		<b>Persistente</b>	
		<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Grave</b>
<b>Sintomas</b>	Raros	Semanais	Diários	Diários ou contínuos
<b>Despertares noturnos</b>	Raros	Mensais	Semanais	Quase diários
<b>Necessidade de beta-2 para alívio</b>	Rara	Eventual	Diária	Diária
<b>Limitação de atividades</b>	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
<b>Exacerbações</b>	Raras	Afeta atividades e o sono	Afeta atividades e o sono	Freqüentes
<b>VEF<sub>1</sub> ou PFE</b>	≥ 80% predito	≥ 80% predito	60-80% predito	≤ 60% predito
<b>Variação VEF<sub>1</sub> ou PEF</b>	< 20%	< 20-30%	> 30%	> 30%

### Quadro 1 – Classificação da gravidade da asma.

Classificar o paciente sempre pela manifestação de maior gravidade.

\*Pacientes com asma intermitente, mas com exacerbações graves devem ser classificados como tendo asma persistente moderada.

VEF<sub>1</sub>: volume expiratório no primeiro segundo; PFE: pico de fluxo expiratório.

Em 1996, os custos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internações por asma foram de 76 milhões de reais, 2.8% do gasto total anual com internações e o terceiro maior valor gasto com uma única doença. Já em 2005, os custos do SUS com internações por asma foram de 96 milhões de reais, o que correspondeu a 1.4% do gasto total anual com todas as doenças (SNABS-MS).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima uma média de 100 a 150 milhões de asmáticos no mundo, dos quais 255 mil morreram desta patologia no ano de 2005, sendo no Brasil 18 milhões de pessoas portadoras de asma. Apesar dos grandes progressos da medicina, a asma ainda causa muito sofrimento individual, familiar e social (GINA, 2005). No Brasil, anualmente, ocorrem cerca de 350.000 internações por asma, constituindo-se na quarta causa de hospitalização pelo SUS (2.3% do total) e a terceira entre crianças e adultos jovens. A asma é identificada em cerca de 13% das crianças brasileiras em idade escolar (SBPT, 2006).

Um estudo multicêntrico (International Study of Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC) recém concluído apontou ser a prevalência média mundial de asma de 11,6% entre escolares (seis e sete anos), oscilando entre 2,4% e 37,6%. Entre os adolescentes (treze e catorze anos) a prevalência mundial média foi de 13,7% e oscilou entre 1,5% e 32,6%. No Brasil, os índices ainda permanecem elevados e ao redor de 20% para as duas faixas etárias (ISAAC, 1998).

Não há um consenso sobre a causa do incremento da prevalência e gravidade da asma, mas este fato vem preocupando os especialistas em todo o mundo, impondo-se como um problema de saúde pública, que necessita de políticas regionalizadas de enfrentamento da patologia nos seus diversos aspectos epidemiológicos e psicossociais. Este aumento tem sido associado ao crescimento similar de outras alergias como eczema e rinite (GINA, 2005). Os fatores genéticos isolados não podem explicar um aumento da prevalência da asma no mundo. Por isso, acredita-se que fatores ambientais, a urbanização, o estilo de vida “ocidental”, o aumento da densidade populacional, a poluição ambiental, entre outras questões, contribuam para a elevação das taxas de prevalência desta patologia (BEASLEY et al., 2000).

Em 1968, Sventivany atribuiu a um desequilíbrio constitucional nos receptores beta adrenérgicos celulares dos pacientes asmáticos a predisposição à asma. Com efeito, diversos experimentos comprovaram que leucócitos destes pacientes, em resposta aos

estímulos referidos, liberavam com mais facilidade do que os controles as substâncias mediadoras características das reações do tipo I e que levam à broncoconstrição.

Em 1972, Morris et al., verificaram que a asma estava associada a uma deficiência relativa de esteróides e epinefrina, na resposta aos agentes desencadeantes. Os receptores beta seriam estimulados de uma forma insuficiente para fazer frente àqueles agentes, levando assim à disfunção apontada por Sventivany.

Por outro lado, tem sido demonstrado o envolvimento de neuropeptídeos nas reações alérgicas, como por exemplo, a substância P, um neuropeptídeo liberado por terminações nervosas na mucosa brônquica e certamente um componente importante nas chamadas reações asmáticas tardias (FOREMAN, 1987), como no caso da capsaicina, que parece ter papel importante nas reações de edema e eritema cutâneos observáveis nas reações do tipo da urticária (MORLEY et al., 1987). Portanto, pode-se afirmar que a principal característica fisiopatogênica da asma é a inflamação brônquica, resultante de um amplo e complexo espectro de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas (KUMAR, 2001; VIGNOLA et al., 1998).

De acordo com Howard, Meyers e Bleecker (2003), a asma resulta da interação de componentes genéticos e de fatores ambientais. Fatores psicológicos, estresse, componentes familiares, *status* sócio-econômico têm recebido grande atenção quando o assunto é asma (BUSSE et al., 1995; WARMBOLDT et al., 1998; WRIGHT, RODRIGUEZ e COHEN, 1998; WRIGHT, 2004).

No que diz respeito a perspectiva genética, um estudo recente realizado no Reino Unido por Moffatt et al. (2007) identificou um novo gene ligado à asma infantil. Esse trabalho comparou o patrimônio genético de 994 pacientes que sofrem de asma com o de 1.243 não asmáticos. Os pesquisadores examinaram mais de 300 mutações de uma única “letra” do código genético para encontrar aquelas que tinham relação com a asma. Eles estudaram a expressão de genes nas células sanguíneas e descobriram que os níveis de ativação do gene *ORMDL3* são mais altos nas células de crianças com asma do que nas sadias. O que sugere que a presença da versão alterada do gene associado à asma aumenta em até 70% o risco de desenvolver a doença na infância.



Somando-se aos aspectos genéticos, os distúrbios emocionais são comuns em portadores de doenças crônicas (BRADFORD, 1999; BURKE e ELLIOTT, 1999; BUSSE et al., 1995; HAMLETT, PELLEGRINI e KATZ, 1992; PERRIN e SHONKOFF, 2000; SMITH e NICHOLSON, 2001). Na asma, os distúrbios emocionais podem desencadear os sintomas, persistir ou agravar as crises e interferir na adesão ao tratamento (SBPT, 2006). Muitos são os estudos que procuram vincular os estados emocionais ao desenvolvimento da asma (SMITH e NICHOLSON, 2001; WALLANDER e VARNI, 1998; WARMBOLDT et al., 1998).

Um dos motivos que favorece a relação da asma com estados emocionais é o fato de ser ela uma doença crônica e sendo esta freqüente na infância, finda por repercutir em implicações para o desenvolvimento da criança e também para a sua relação familiar (PERRIN e SHONKOFF, 2000). As doenças crônicas caracterizam-se pelo seu curso demorado, progressão, necessidades de tratamentos prolongados e pelo seu impacto na capacidade funcional da criança (HEINZER, 1998). A criança portadora de doença crônica pode ter seu desenvolvimento físico e emocional afetado, podendo apresentar desajustes psicológicos decorrentes da enfermidade e do tratamento (BENNET, 1994; BURKE e ELLIOTT, 1999; HAMLETT, PELLEGRINI e KATZ, 1992; WALKER e ZEMAN, 1992). A rotina da família é modificada pelas constantes visitas ao médico, medicações e hospitalizações e acaba atingindo todas as pessoas que convivem com a criança (BRADFORD, 1999; GÓNGORA, 1998). Os recursos psicológicos dos genitores, da própria criança e a estrutura familiar interagem e podem contribuir para adaptação da criança à doença. Por vezes, o desajuste da criança doente pode estar mais relacionado com o modo como a família lida com a mesma do que aos seus comportamentos (WALLANDER e VARNI, 1998). O suporte familiar e as competências de cada membro da família são importantes fontes de informação e influenciam o modo da criança lidar com a doença (HAMLETT, PELLEGRINI e KATZ, 1992). A família pode servir como moderadora na atenuação dos efeitos negativos da doença, promovendo um ambiente facilitador para o envolvimento da criança em atividades sociais.

Um exemplo disto pode ser identificado no estudo de Newby (1996), em que ele relata que ter na família uma criança com asma representa um aumento do nível de estresse da família, além de requerer constantes adaptações por parte dos membros da mesma. Similarmente, Horner (1998) estudou de que forma as famílias incorporam os cuidados das crianças portadoras de asma na rotina diária e percebeu que o foco da criança doente, com o

decorrer do tempo, muda do centro da atenção da família, para uma posição mais periférica. No entanto, cada membro da família necessita mudar o seu comportamento de alguma forma para atender as necessidades do membro portador de asma, e frequentemente, existe um membro que se torna responsável pela criança com asma. Da mesma forma, segundo Silver e Bauman (1995), mães de crianças com doenças crônicas estão expostas a um agente estressor que parece colocar a saúde mental das primeiras em risco. O *status* funcional da criança, isto é, a percepção da mãe do grau em que a doença limita o seu filho das atividades físicas, cognitivas, emocionais e comportamentos sociais próprias à sua idade, tem uma pequena, porém significativa correlação com a angústia psicológica da mãe referente à doença do filho. Deste modo, é possível afirmar que a asma possui evolução imprevisível e constitui importante fonte de estresse para o paciente e sua família, levando muitos deles a uma considerável restrição nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Mesmo quando assintomáticos, os pacientes necessitam evitar fatores desencadeantes, o que os leva a sérias mudanças no estilo ou restrições em sua vida (RUMBACK et al., 1993; SILVA, 1999).

O estresse relacionado à asma tem sido estudado não apenas em laboratórios, mas em eventos cotidianos da vida. O estresse psicológico pode ter um efeito direto no sistema imunológico, favorecendo o aparecimento dos sintomas da asma. Eventos negativos de vida representam estresses agudos e crônicos que podem afetar indivíduos com asma, causando os sintomas e levando a um controle ineficiente da doença. A família e a comunidade podem também representar estressores significantes. Portanto, o estresse psicológico pode estar presente em todos os níveis de interação da criança com o ambiente (BLOOMBERG e CHEN, 2005).

A ansiedade tem sido apontada por vários autores como tendo importante ocorrência entre asmáticos (RUMBACK et al., 1993; WRIGHT, 2004; WARMBOLDT et al., 1998; SMITH e NICHOLSON, 2001). Testes de avaliação com escalas de ansiedade demonstram níveis bem mais altos entre os asmáticos, mesmo fora das crises (VAMOS e KOLBE, 1999). Outros autores constataam ocorrência significativa de dificuldades comportamentais e de ajustamento entre crianças portadoras de asma precoce (MRAZEK, SCHUMAN e KLINNERT, 1998). No Canadá, alguns pesquisadores compararam a psicopatologia associada à asma e ao diabetes em crianças e adolescentes e constataram altos índices de ansiedade e transtornos comportamentais (VILA et al., 1999). Entre estes transtornos comportamentais, a hiperatividade foi dos mais encontrados em crianças

asmáticas (VILA et al., 1998). Alguns autores, entretanto, não encontraram aumento de ansiedade nas crianças asmáticas, tão expressivo quanto encontraram nos pais destas crianças (WARMBOLDT et al., 1998), ou alegam que a ansiedade dos pacientes asmáticos ocorreria mais como consequência do que como causa da asma. Stores et al. (1998) entendem que as ocorrências psicopatológicas dos asmáticos poderiam ser decorrentes das noites mal dormidas e do medo da própria doença. Há ainda alguns estudos mostrando o bi-comprometimento de agravo entre a síndrome do pânico, piorando crises de asma e a asma piorando crises de pânico, sempre ressaltando a importância do componente ansioso (CARR, 1998). Outros estudos têm relatado que crianças com asma têm mais risco de apresentar sintomas depressivos, baixo auto-conceito e angústia do que crianças com outras doenças crônicas, como câncer, fibrose cística e diabetes (BENNET, 1994; PADUR et al., 1995).

As crises asmáticas, frequentemente, se iniciam em situações de forte tensão emocional, com diferentes conteúdos – ansiedade, ódio, medo. As bases neurológicas e psicodinâmicas da participação de fatores emocionais no desencadeamento das crises asmáticas estão bem estabelecidas. A via eferente tem sua sede no hipotálamo, cuja porção anterior inicia a ativação do parassimpático e a porção posterior a do simpático. Ligações com centros límbicos relacionam essa via com respostas do prazer (ativação do parassimpático) e de dor (ativação do simpático). O estímulo elétrico e a destruição de áreas hipotalâmicas e tuberais em animais de laboratório modificam respostas do sistema nervoso autônomo e também as imunológicas (LEMLE, 1992).

Desde 1941, a importância dos fatores emocionais na asma vem sendo amplamente documentada por trabalhos de orientação psicanalítica, clínica e experimental (SPERLING, 1949; ABRAMSON et al., 1961). A necessidade da presença simultânea de fatores de ordem psicológica e física (alérgica) na história natural da asma é marcante. Jacobs et al., (1966) estudaram 41 pacientes alérgicos em geral, com testes cutâneos e investigação psicológica (entrevistas e testes de personalidade) e encontraram em 75% dos casos a necessidade da presença de ambos os fatores para que a sintomatologia eclodisse. Quando a predisposição somática era pequena e o fator psicológico intenso, o paciente apresentava sintomatologia neurótica. Porém, quando ambos eram prevalentes, os sintomas alérgicos constituíam a regra.

A personalidade da criança asmática escapa à descrição de um perfil específico mostrado em relatos psicológicos robotizados. Segundo Kreisler (1999) pode-se, contudo, reconhecer alguns traços estruturais de uma frequência significativa:

- A grande fragilidade emocional comprovada pelo desencadeamento das crises sob a influência de traumatismos, ora evidentes, ora não aparentes, mas que findam por atingir as necessidades particulares do asmático ou perturbar seu universo. Uma conjunção psicossomática reúne a hiperreatividade brônquica por um lado e a hipersensibilidade afetiva por outro.
- A intensidade das necessidades afetivas acompanhada de uma fragilidade dos meios autônomos para satisfazê-las. Disso resulta uma necessidade imperiosa e incessante de apego às pessoas e ao meio numa proximidade fusional.
- A intolerância entre as situações conflitivas; incapaz de enfrentá-las, o paciente utiliza diferentes meios para contorná-las, em particular a anulação da agressividade que é reprimida ou negada.

Para alguns pesquisadores, o estudo da personalidade do indivíduo com asma é fundamental para compreender o conhecimento do relacionamento da pessoa asmática com o seu problema, as conexões que cria entre a asma e as outras facetas de sua vida e o modo de trazer este conjunto ao convívio com os familiares, parentes, amigos e a sociedade em geral. A adequação destes funcionamentos tem um potencial quase comparável ao do combate ao componente orgânico, em termos de minorar o sofrimento do paciente (LEMLE, 1992).

Esses mecanismos defensivos carregam em si uma grande fragilidade; são facilmente superados e abalados pelas mudanças, transformações da vida corrente, aos quais toda criança está exposta, de relações familiares, por exemplo, principalmente se esses acontecimentos forem objetivamente dolorosos.

A asma, então, pode ser considerada uma doença do crescimento afetivo que sugere a persistência de um funcionamento arcaico e um bloqueio dos processos de separação-indivuação. A personalidade alérgica essencial é uma das estruturas cuja permanência pode-se, às vezes constatar, desde a infância até a idade adulta, numa continuidade da doença ou no seu aparecimento tardio (LEMLE, 1992).

É possível então admitir que a asma se refere a uma dupla tendência constitucional, simultaneamente, imunológica e psicológica, onde os dados biológicos e mentais cooperam para a constituição da estrutura alérgica essencial. Algumas circunstâncias psicológicas podem ser consideradas geradoras de formas de asma grave, como: as condições de carência afetiva, os conflitos familiares, as separações interativas e as situações sociais desfavoráveis incrementadas de frustrações (WARMBOLDT et al., 1998). Segundo Cabral e Teixeira (1994), é comum alguns pais afirmarem que seus filhos pioram em épocas de provas, situações de estresse e problemas familiares; desta forma, a asma por si só pode influenciar favoravelmente ou negativamente sobre a evolução da doença. Assim, a vulnerabilidade emocional do asmático é conhecida de longa data, embora seja insuficientemente considerada no seu papel, que é essencial. Uma concordância psicossomática notável reúne a hiperreatividade brônquica por um lado, e a hipersensibilidade afetiva por outro: uma dupla orientação onde os lados biológicos e mentais cooperam para constituir o núcleo psicossomático originário da doença asmática sob a influência de circunstâncias relacionais que podem ser explicitadas (VAMOS e KOLBE, 1999). Por isso, a asma é considerada uma doença psicossomática. Doenças psicossomáticas são manifestações orgânicas que podem ser causadas ou cujos sintomas podem ser agravados por aspectos psíquicos (mental/emocional) (MELO FILHO, 1999). É importante salientar, que, apesar do elemento psicológico, os distúrbios ou doenças psicossomáticas podem apresentar, também, outros fatores externos que contribuam para sua instalação ou agravamento.

Kreisler (1999) afirma que a patologia psicossomática inclui desordens autenticamente orgânicas – lesionais e funcionais – cuja gênese e evolução evidenciam uma participação psicológica predominante. Em todas as idades, um funcionamento psíquico equilibrado e estável, ocupa um lugar essencial entre as defesas que se opõem à desorganização psicossomática. Nas crianças, as estruturas psicológicas em formação expõem-nas mais às desorganizações somáticas.

As principais estruturas infantis com risco psicossomático, até agora identificadas, são a estrutura comportamental, alguns funcionamentos neuróticos, os estados de desorganização e a estrutura dita alérgica (KREISLER, 1999). A estrutura comportamental representa um terreno propício para a somatização. A desorganização somática produz-se por intermédio de uma falha das defesas mentais, mais ou menos duradoura.

As conseqüências das experiências de separação e perda no psiquismo, por exemplo, foram estudadas por Bowlby (1969/1990; 1973/1998; 1980/1998), a partir da Teoria do Apego, a qual afirma que os seres humanos têm a necessidade de estabelecer vínculos de afeto e cuidado para garantir sua sobrevivência física e psíquica.

Klaus, Kennell e Klaus (2000) afirmam que a expressão “formação do vínculo” se refere ao investimento emocional dos pais em seus filhos, sendo um processo construído através de repetidas experiências significativas e prazerosas, no qual eles se colocam no lugar do bebê, percebendo e respondendo às suas necessidades, tanto físicas quanto emocionais. O “apego”, por sua vez, desenvolve-se nas crianças em relação a seus cuidadores, sendo a partir dessa conexão emocional que os bebês começam a desenvolver um sentido de si mesmo, sendo influenciados pelo investimento emocional dos pais. No caso de não se estabelecer uma base segura na infância até a fase adulta, pode-se formar uma crença de que o mundo é instável e que não se pode confiar nas pessoas.

Segundo Bowlby (1969/1990), a forma de se vincular estabelecida ainda na infância afeta a maneira como o indivíduo responde, desenvolve-se e age na relação com os outros ao longo de sua vida. O objetivo do comportamento de apego, então, é manter o laço afetivo, pois qualquer situação que pareça colocar em risco esse laço provoca uma ação no sentido de preservá-lo, a qual será mais intensa na medida em que parecer maior o risco da perda. Quando as ações para manter o laço afetivo são bem sucedidas, o mesmo é restabelecido, as atividades cessam e os estados de tensão e aflição são aliviados. Porém, quando esse esforço é mal sucedido, habitualmente não cessa, fazendo com que o esforço por restabelecer o laço se renove e permaneça ao longo do tempo.

A separação e a perda implicam que a figura de apego está inacessível, temporariamente (separação) ou permanentemente (perda). Entretanto, o apego e o desapego emocional podem desencadear ansiedade, raiva e depressão por perda real ou simbólica, consciente ou inconscientemente (BOWLBY, 1969/1990). Pode-se pensar que situações de perda ou separação ocasionam estresse, que para algumas pessoas, pode ser desencadeante de algum problema físico, tais como as doenças imunológicas, auto-imunes, alergias e infecções, como ditas anteriormente.

Embora a asma ocorra em todas as classes sociais, observa-se um incremento na sua prevalência, bem como uma maior gravidade da asma nas classes sociais menos

favorecidas (GINA, 2005). Braback, Hjern e Rasmussen (2005) ao compararem duas coortes na Suécia, compostas por jovens recrutados para o serviço militar, verificaram uma associação positiva entre situação sócio-econômica baixa e risco de asma e um incremento mais expressivo nos recrutas com situação sócio-econômica mais baixa. Em relação à etnicidade, McDaniel, Paxson e Waldfogel (2006) demonstraram uma disparidade racial com maior frequência de asma em crianças negras americanas e também maior taxa de hospitalização em emergência por asma nesta população comparada com crianças brancas (não-hispânicas). Conforme projeções, acredita-se no aumento da urbanização no mundo com taxas de 45% para 59% até 2025, e assim, projeta-se também o crescimento no número de asmáticos em cerca de mais 100 milhões de pessoas (SOLÉ et al., 1998).

Problemas de saúde, em geral, têm aumentado consideravelmente como um resultado de influências de diferentes níveis, nos quais o indivíduo, a família e a comunidade estão incluídos (WRIGHT e FISHER, 2003). A influência na saúde imposta pelo status socioeconômico é bem reconhecida. Indivíduos com status socioeconômico baixo experienciam índices maiores de morbidade e mortalidade em quase todas as categorias de doenças, quando comparados com aqueles que possuem um nível socioeconômico mais alto (CHEN et al., 2003). Suporte social precário e grande número de eventos negativos de vida estão associados com altos índices de morbidade e mortalidade entre adultos com asma (SMITH e NICHOLSON, 2001).

Pode-se perceber que a asma ocorre em um contexto muito complexo, envolvendo não apenas o aspecto biológico, mas também as relações interpessoais em seus aspectos psicológicos e sociais. Ela tem sido intensamente estudada, em um embate entre correntes que ora enfatizam o aspecto genético, hereditário, ora as características da própria criança, do ambiente, social, familiar e/ou físico em que a criança vive, da relação entre a criança e a sua família, ou entre todos esses elementos conjuntamente.

Objetivando compreender a emergência da asma, desenvolveu-se um amplo estudo denominado Asma no Ambiente Escolar. Neste contexto, foram realizados inquéritos domiciliares e pesquisas de cunho qualitativo. O planejamento do primeiro estudo ocorreu, inicialmente, no intuito de identificar, investigar e analisar a prevalência de sintomas de asma e as características sócio-demográficas do Bairro da Paz, Salvador, Bahia. Posteriormente, o objetivo foi ampliado para conhecer a influência da dinâmica familiar na percepção, no tratamento, na condução e no aparecimento de sintomas de asma, possibilitando um maior

entendimento das relações que se estabelecem entre o escolar portador de sintomas de asma e os seus familiares nesta comunidade carente.



## 2 METODOLOGIA DO ESTUDO

O estudo Asma no Ambiente Escolar foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores formado por professores e alunos do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Tecnologia e Ciências, iniciado no ano de 2004, no Bairro da Paz, Salvador, Bahia. O primeiro estudo realizado neste contexto foi um grande inquérito de saúde intitulado *Prevalência de Sintomas de Asma em Escolares de 7 a 14 anos no Bairro da Paz em Salvador, Bahia*. Posteriormente, foi realizado um estudo de cunho qualitativo com parte da população arrolada no referido inquérito e composta com mães e responsáveis pelos escolares identificados como sendo os portadores dos sintomas de asma mais graves entre todos estudados.

O Bairro da Paz, local bastante precário e empobrecido da cidade de Salvador, Bahia, Brasil, foi instalado em 1983, com ocupação irregular e desordenada de uma vasta área na região norte do município, às margens da Avenida Luís Viana Filho. Ocupa uma área geográfica de 115 hectares, pertencente à região administrativa de Salvador e ao distrito sanitário de Itapuã, limitado pelas avenidas Luís Viana Filho, conhecida como Paralela, e Orlando Gomes, Bairro de Piatã e Bairro de Itapuã. O referido Bairro possui limites rigorosamente definidos estando completamente preenchido por habitações e não possui atualmente mais espaços vazios para receber beneficiamentos urbanos.

Este Bairro carrega uma longa história de luta pela conquista da moradia. Saindo da idealização do poder público e sem permissão das autoridades, com ousadia e suor, sem ruas pavimentadas nem lotes urbanizados, sem água encanada ou luz elétrica, sem sistema de esgoto nem praças públicas, a Invasão das Malvinas, vira o Bairro da Paz. Diversas tentativas de remoção foram realizadas sem sucesso pelos órgãos públicos; porém, através da resistência dos moradores à pressão do poder público e contra a violência policial, o Bairro da Paz se instala em terras supervalorizadas pelo mercado imobiliário, para o qual a ocupação será um eterno engodo.

Segundo a Prefeitura Municipal de Salvador, o Bairro da Paz abriga cerca de 45.000 moradores distribuídos em aproximadamente 8.000 domicílios. O Bairro possui apenas 5 km de ruas pavimentadas, tem coleta de lixo para 71,3% dos domicílios, rede de água em 87% das suas residências, porém 3,5% destas utilizam água de poço. A rede de esgoto só abrange 12,78% do Bairro (SEPLAM - PMS). O Bairro da Paz, portanto, incorpora

uma população com um perfil sócio-demográfico e epidemiológico caracterizado pela exclusão social, com um precário acesso a bens e sistemas de saúde.

O Bairro apresenta relevo topográfico acidentado e está dividido em setores, entre os quais se encontram Bela Vista, Praça, Setor 2, Areal, Área Verde e Santo Antônio. As características sociais da população são semelhantes em toda a sua extensão. Os moradores do Bairro da Paz estão socialmente situados abaixo da linha de pobreza, vivendo em precárias condições, com baixa escolaridade, alto índice de desemprego, alta taxa de natalidade, elevado número de mães adolescentes, mortalidade infantil, enfrentando agravantes como o envolvimento de jovens com drogas, violência, população marginalizada e sem acesso às condições mínimas de higiene ambiental e saúde. Essa visão panorâmica do Bairro da Paz nos mostra uma populosa comunidade carente em luta pelo desenvolvimento social.

O Conselho de Moradores do Bairro mantém convênios com várias Organizações Não-Governamentais (ONGs), fundações privadas e faculdades particulares, a fim de promover melhoramentos à comunidade. Assim, a comunidade do Bairro da Paz foi convidada a participar de um trabalho da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) em conjunto com a associação de moradores do Bairro. Tal iniciativa se deu pela proximidade geográfica da Instituição com o Bairro e, dentro deste projeto de extensão da FTC, várias atividades vêm sendo desenvolvidas neste local, nos últimos quatro anos. Existem atividades nas áreas de comunicação, educação e saúde, como o programa “*Curso Pré-Vestibular do Bairro da Paz*”, o programa “*Rádio Comunitária*”, apoiado pela UNESCO, programas desenvolvidos pelos cursos de Saúde da FTC como os cursos de Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Educação Física e Medicina, onde a população do Bairro tem participação ampla, tanto na comunidade como no campus da referida Instituição.

Anteriormente, ao início da pesquisa houve uma prévia aproximação com a comunidade, em breves atividades de educação continuada em saúde, que ocorreram na sede da associação de moradores, com palestras abertas à comunidade desde o primeiro semestre do ano de 2004. Dessas reuniões, foram apresentados pela comunidade do Bairro, como uma de suas preocupações, os problemas respiratórios das crianças e adolescentes, verificando-se a necessidade em se fazer um diagnóstico da situação de saúde para posterior planejamento de ações específicas às necessidades encontradas. Foi, então, definida a aferição de dados sobre asma nos escolares do referido Bairro, com uma pesquisa prévia, e uma posterior apresentação dos resultados à comunidade e às secretarias de Saúde do Estado e do

Município, a fim de se propor a implementação de um plano de ação baseado na educação em asma (ALCÂNTARA e SILVERA, 2005).

O estudo quantitativo cujo objetivo foi estimar a prevalência de sintomas de asma em escolares de 7 a 14 anos em um bairro de características peculiares da cidade de Salvador, Bahia (Bairro da Paz), procurou também verificar a relação entre as características sócio-demográficas desta população e a ocorrência desses sintomas. Com os dados obtidos, que permitiram diagnosticar a situação de saúde desejou-se embasar ações de planejamento específicas, visando promover impacto nas ações primárias de saúde. Contudo, a sociedade contemporânea tem sido pródiga em ler e traduzir as condições sociais através de números correlacionados em tabelas e gráficos, em indicadores de situações de vida. Este procedimento sintético muitas vezes camufla, e por vezes, anula a existência de atores sociais em seus jogos cênicos, nos quais destinos pessoais estão alinhados ao esforço cotidiano de toda uma coletividade, seja ela expressa no conjunto da cidade, seja na configuração de paisagens menores, bairros ou mesmo ruas. As práticas sociais cotidianas passam despercebidas dessa leitura e dessa tradução que desconhecem os destinos pessoais, as subjetividades e tomam como referenciais tão somente os dados que ligam essas pessoas ao conjunto organizado do que se poderia considerar como estrutura social. Assim, os níveis de renda, medidos pelo salário mínimo, diria das condições de vida de uma população, ou PIB a renda *per capita*, a riqueza de um país. Mas neles não estão presentes os sentimentos, o modo de ser, os gestos e as falas, a alma e o humor, as expressões da existência.

No intuito de perceber a experiência das pessoas que convivem com os sintomas de asma e daqueles que estão ao seu redor, fez-se necessário um outro estudo, de cunho qualitativo, que se propusesse a compreender os fenômenos em estudo.

Este estudo partiu do pressuposto de que a asma ocorre em um contexto muito complexo, envolvendo não apenas o aspecto biológico, mas também as relações interpessoais em seus aspectos psicológicos e sociais. O objetivo deste específico estudo foi identificar, investigar e analisar a influência da dinâmica familiar na percepção, no tratamento, na condução e no aparecimento de sintomas de asma, possibilitando um maior entendimento das relações que se estabelecem entre escolares portadores de sintomas de asma e os seus familiares em uma comunidade carente da cidade de Salvador, Bahia.

A popularidade das pesquisas qualitativas relacionadas à saúde tem aumentado nos últimos anos. Entre os principais motivos, pode-se apontar o fato de que os métodos quantitativos têm sido insuficientes ou inadequados para dar respostas a alguns temas de grande importância na atualidade. Portanto, este estudo se propõe a fornecer descrições densamente ricas do fenômeno sob investigação. A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo.

Nas pesquisas qualitativas é freqüente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados. Enfim, a pesquisa qualitativa não busca causas, leis e previsão, mas a compreensão do comportamento e das experiências humanas, no intuito de apreender e descrever os processos pelos quais os seres humanos constroem seus significados.

## 2.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, tipo inquérito populacional domiciliar, realizado na comunidade do Bairro da Paz, Salvador, Bahia, Brasil.

Os critérios de inclusão no estudo foram escolares na faixa etária de 7 a 14 anos, residentes, desde o nascimento no Bairro da Paz, com mãe ou responsável capaz de responder ao entrevistador.

Os critérios de exclusão foram residir temporariamente no Bairro ou permanecer em casa de parentes, presença de doenças crônicas graves tais como cardiopatias ou neuropatias e presença de crise de asma, caracterizada pelos critérios presença de chiado, queixa de falta de ar e tosse acompanhada ou não de cansaço, mesmo em repouso (SBPT, 2006) no momento da entrevista. Por questões éticas, na ocorrência deste tipo de evento os casos obrigatoriamente deveriam ser encaminhados ao posto de saúde do referido Bairro.

Para calcular o tamanho amostral foi utilizado o programa Epi-info 6.0 com o recurso “*statcalc*”, “*sample size*” para análise populacional ou estudo descritivo com amostra aleatória. Tomando como base para cálculo do tamanho da amostra, o tamanho populacional

de 45.000 habitantes (que constitui uma super-estimativa, porque na faixa etária do estudo a população é menor), uma possível prevalência de asma de 20%, uma menor prevalência aceita de 10% e um intervalo de confiança de 95%, chegou-se a um tamanho amostral de 160 crianças, sendo este número ampliado em mais de 50%, em função do risco de possíveis recusas, perdas e análises comparativas, finalizando em 242 escolares.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2004. Foram realizadas 242 entrevistas, utilizando-se a estratégia de amostragem por área (HULLEY et al., 2003). O Bairro teve o seu mapa quadriculado em áreas iguais e através de sorteio (tabela de números aleatórios) foram selecionadas seis áreas, conhecidas no Bairro pela denominação: Bela Vista, Praça, Setor 2, Areal, Área Verde e Santo Antônio. Após a seleção destes conglomerados, a coleta aconteceu por amostragem sistemática, onde o entrevistador iniciou a coleta a partir da primeira rua localizada no canto superior esquerdo de cada quadriculado selecionado no mapa, iniciando sempre pela primeira casa da rua do lado esquerdo. Quando, no domicílio, não era encontrada uma criança que preenchesse os critérios de inclusão da pesquisa, era respeitado um intervalo de três casas para a direita e a partir daí sempre se prosseguia na coleta se respeitando o intervalo acima descrito.

Para a coleta foi utilizado o formulário escrito padrão do *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), fase I, validado para a língua portuguesa (ISAAC, 1998) (ANEXO 1). Ainda que na metodologia original esteja previsto que o questionário seja auto-aplicado, optou-se pela coleta dos dados por meio de entrevistas face-a-face, individuais, com os responsáveis pelas crianças, buscando se evitar o viés de resposta, ou seja, baixa percentagem da população-alvo responde ao questionário, correlacionando-se inversamente com a prevalência estimada dos sintomas.

Foram recrutados nove entrevistadores e, entre estes, sete estudantes e dois professores do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Tecnologia e Ciências, que foram treinados pelo período de um mês, em encontros semanais de quatro horas, detalhando-se todo o comportamento de abordagem a ser usado na coleta, iniciando pela forma de bater à porta das residências, a saudação a ser utilizada ao ser atendido e as colocações que seriam feitas às famílias. A coleta só se iniciou quando os nove entrevistadores estavam se comportando rigorosamente da mesma maneira de modo a favorecer a confiabilidade na produção dos dados. Foram empregadas as técnicas habituais de anamnese em entrevistas individuais (CAMPOS, 1993), com os entrevistadores limitando-se

exclusiva e rigorosamente ao texto sem dar explicações adicionais e, caso o entrevistado não entendesse alguma questão o entrevistador repetiria a leitura do texto. O instrumento foi testado previamente, no estudo piloto, em um grupo de famílias não residentes no Bairro para calibrar o instrumento e aferir o grau de reproducibilidade nas medidas e assim, identificar se a equipe de coleta estava devidamente treinada. Nesta etapa, foram realizadas um total de 25 entrevistas.

Foram obtidos dados sócio-demográficos e dados relativos à presença de sintomas de asma e sintomas respiratórios. Foram utilizados na entrevista com as mães, os termos “chiado ou piado no peito”, como equivalentes a sibilos, indicativos de processo de obstrução de vias aéreas inferiores ou de “cansaço” como equivalentes à respiração difícil ou dispnéia.

As características demográficas dos escolares foram idade em anos, sexo e cor da pele, esta última a ser identificada pelo entrevistador e classificada em brancos e não brancos. Os dados sócio-econômicos foram avaliados pelo nível de escolaridade da mãe, categorizado em baixo para as analfabetas e aquelas com o 1º grau incompleto; médio para as que tinham o 1º grau completo e/ou 2º grau incompleto, e alto para aquelas com 2º grau completo ou curso superior incompleto.

Utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 9.0, avaliando a proporção das variáveis de interesse na população em estudo. Para comparação de proporções: teste de qui-quadrado ou teste de Fisher. Para variáveis contínuas teste T de Student ou o teste de Mann-Whitney. Para as associações foi considerado significativo o valor de  $p < 0,05$  e intervalo de confiança de 95% (IC=95%).

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Os investigadores, atendendo ao princípio da não-maleficência e conscientes do cuidado necessário no trato de portadores de asma, teriam como conduta, obrigatoriamente, encaminhar a criança ao posto de saúde do referido Bairro quando houvesse casos de crise de asma, caracterizada pelos critérios: presença de sibilos, queixa de falta de ar e tosse acompanhada ou não de cansaço, mesmo em repouso. Neste sentido, atendendo ao princípio da não-maleficência, não se entrevistaria o responsável pela criança. Ao longo da coleta dos dados não foi registrado nenhum caso com o quadro acima descrito. Os participantes do estudo não foram excluídos por sexo ou cor da pele ou outras características sociais e econômicas. A natureza voluntária da participação e os procedimentos

de garantia de confidencialidade e anonimato dos dados foram descritos para os participantes que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). Não existe indicação de que os procedimentos do estudo ofereceram riscos para os seus participantes. Todavia, nomes individuais dos participantes foram empregados apenas para propósitos de logística da condução do estudo como a localização das pessoas nos seus endereços para administração dos questionários, e novas visitas no seguimento. Uma vez revisado e processado, o nome do participante foi removido dos questionários e arquivado separadamente. Um número único identificador foi atribuído e utilizado em toda a análise. O código do estudo foi mantido em armários trancados cujas chaves ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora. Identificadores individuais não foram empregados para a digitação, análise e geração de relatórios.

## 2.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

No intuito de atingir o objetivo proposto por essa pesquisa, foi utilizado como referencial o método qualitativo, o qual se propõe uma compreensão particular e profunda dos fenômenos em estudo.

Para o presente estudo foi selecionada uma amostra intencional, na qual foi dada relevância aos portadores de sintomas de asma mais graves. Assim, foram entrevistadas 10 (dez) famílias dentre a amostra geral de 242 famílias, previamente estudadas. O tamanho da amostra foi gerado pela consistência das informações obtidas. A população do estudo foi composta pelos responsáveis (mães) no cuidado dos escolares asmáticos residentes do Bairro da Paz, Salvador, Bahia, Brasil.

Os critérios de inclusão foram pertencer ao estudo previamente realizado, apresentar como responsável um adulto capaz de responder a entrevista e este concordar em participar da pesquisa. O escolar deveria apresentar uma maior quantidade de sintomas de asma, o que o classificaria como uma asma de maior gravidade.

Foram excluídos aqueles casos que não apresentaram condições de responder à entrevista por desconhecer o histórico de saúde do escolar ou por não se encontrarem no domicílio no momento agendado, sendo substituídos por outra família previamente estudada também apresentando sintomas de asma de maior gravidade.

Optou-se por entrevistas abertas semi-estruturadas e metodologicamente coerentes com os objetivos do estudo. Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2006 a janeiro de 2007. Foram realizadas dez entrevistas face-a-face, com um único entrevistador (a pesquisadora). O instrumento semi-estruturado foi elaborado pela pesquisadora e previamente testado em três famílias não inclusas na amostra. Foram obtidos dados sobre: a gravidez e os sentimentos associados a esta experiência, o parto, a amamentação, as relações familiares e a percepção familiar dos sintomas da asma, a forma como estes sintomas influenciam nas atividades dos familiares e das crianças/adolescentes, bem como o manejo dos familiares frente às crises de asma (ANEXO 3: o roteiro).

A partir dessas entrevistas, decidiu-se que os informantes falariam livremente sobre o assunto proposto, orientados, contudo, por um roteiro de questões pontuadas no momento da entrevista, a fim de permitir contemplar e direcionar a investigação, mantendo-se fiel aos seus objetivos.

Os depoimentos ocorreram no domicílio dos entrevistados, após contato da entrevistadora e prévio agendamento com os participantes. Em ambiente doméstico, privado, pode-se observar mais liberdade para expressão das idéias e menos preocupação com a duração da entrevista. Em seu ambiente, fica reforçada a autoconfiança e ampliada a fluência verbal, o que facilita a indução para que o elemento integrante da família fale sobre o que a presença de um indivíduo asmático em casa, representa para si e para os demais.

A transcrição dos depoimentos, tomados em fita magnética, foi feita de forma fiel e integral, uma vez que a palavra ou o aspecto individual da linguagem impresso pelo sujeito constitui o objeto da análise do conteúdo. Sua posterior transcrição foi realizada pela pesquisadora.

Os dados foram analisados de acordo com os princípios que norteiam as técnicas de análise fenomenológica interpretativa (IPA) (SMITH, JARMAN e OSBORN, 1999). Esta técnica envolve procedimentos para analisar o material verbal de uma perspectiva teórica particular. O alvo desta análise consiste em explorar detalhadamente a opinião do participante do tópico sob investigação. Desta forma, esta perspectiva se preocupa com a percepção pessoal do indivíduo ou o julgamento do indivíduo sobre um objeto ou um evento.



O processo de análise fenomenológica interpretativa envolve diversas etapas da pesquisa. A construção de um instrumento de pesquisa, a condução das entrevistas, a gravação e transcrição das mesmas, a análise das transcrições e o relato dos resultados fazem parte da IPA.

O método fenomenológico requer, em sua análise, tanto a percepção captada dos entrevistados quanto a evidência das narrativas. O material percebido consiste na experiência consciente do pesquisador dos relatos feitos pelas mães.

A fenomenologia enfatiza a base empírica da experiência consciente, ou seja, a relação existente entre o sujeito que sente e pensa e o que deseja e age, sendo ambos o mesmo sujeito. Um outro modo de indicar essa relação é através dos processos comunicativos de percepção e expressão (GOMES, 1997). A percepção é a compreensão e a interpretação da informação pelo sujeito, enquanto a expressão especifica ou define a compreensão em atitudes e comportamentos.

Proceder a uma análise fenomenológica é, com efeito, em primeiro lugar, substituir as construções explicativas pela descrição do que se passa efetivamente do ponto de vista daquele que vive tal ou qual situação concreta, ou seja, sua interpretação (VALSINGER e CONNOLLY, 2003).

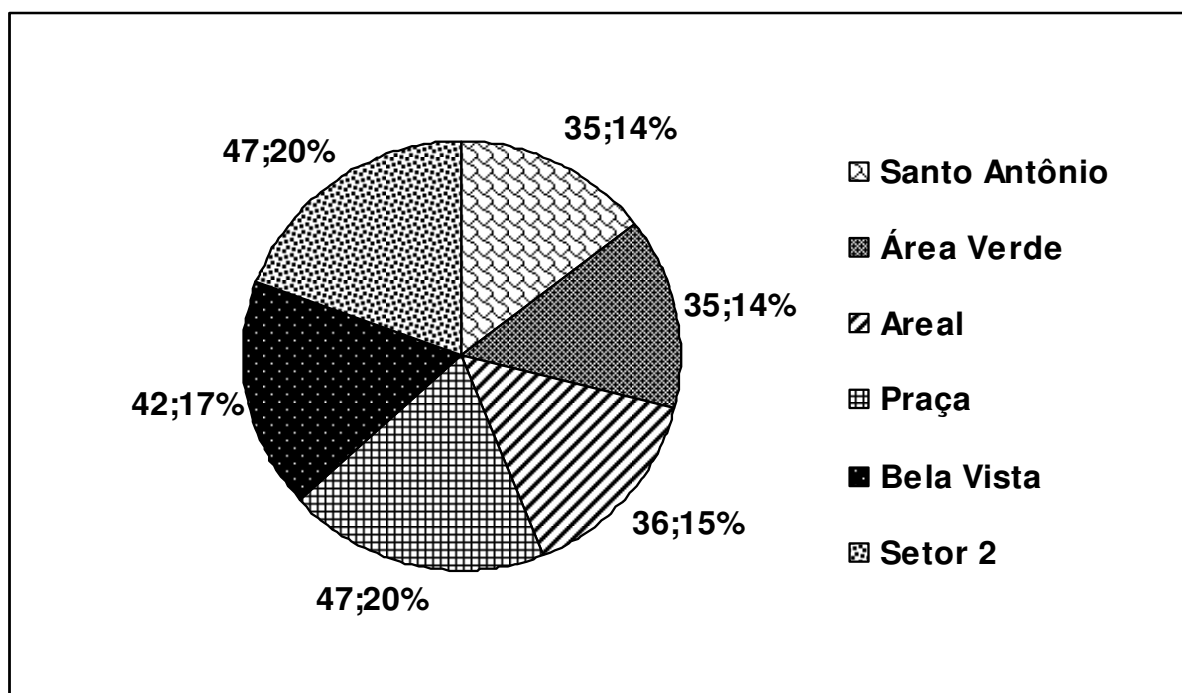
Inicialmente, a análise foi realizada no intuito de obter uma visão geral do material, para ter uma compreensão da totalidade. Para isso, fizeram-se necessárias leituras das transcrições, seguidas de anotações. Estas notas iniciais incluíram sumários e interpretações preliminares do material, tentativas de fazer ligações com outros aspectos do julgamento do entrevistado ou simplesmente associações e especulações do pesquisador. Em seguida, tentou-se criar unidades significativas diante do fenômeno estudado. Por fim, as unidades foram comparadas, conectadas e sintetizadas para uma interpretação geral do fenômeno.

Esta pesquisa envolveu coleta de dados em forma de relatórios verbais, observação e análise através da interpretação dos textos produzidos pelas entrevistas. A interpretação foi feita com os relatórios narrativos detalhados dos participantes, das suas percepções, dos seus entendimentos ou das explicações sobre o tema estudado. Isto ilustra a natureza sistemática e

interativa deste tipo de análise, onde é possível mover-se gradualmente da leitura do início ao fim de cada transcrito individual para um julgamento sistematizado de todos os entrevistados.

### 3 ESTUDO QUANTITATIVO DA ASMA NO BAIRRO DA PAZ

Neste estudo foram realizadas 242 entrevistas com os responsáveis pelas crianças e adolescentes da comunidade em estudo, utilizando-se o questionário escrito do ISAAC (ANEXO 1). A amostra da população da comunidade pesquisada foi composta de 50% dos indivíduos do sexo masculino e 50% do feminino. A distribuição de frequência de escolares avaliados por cada área da comunidade pesquisada (regiões) foi equilibrada (Gráfico 1), garantindo a aleatoriedade da amostra ( $p= 0,52$ ).



**Gráfico 1** – Distribuição de escolares do Bairro da Paz de acordo com a área de investigação.

As características demográficas da população estudada estão descritas na tabela 1. A média de idade ( $\pm$ DP) da população estudada foi de 10,19 ( $\pm$  2,26) anos, sendo a dos indivíduos do sexo masculino de 10,11 ( $\pm$  2,33) anos e dos indivíduos do sexo feminino de 10,26 ( $\pm$ 2,19) anos. Do ponto de vista étnico, apenas 11,2% dos indivíduos foram classificados como brancos.

**Tabela 1** – Características demográficas dos escolares do Bairro da Paz e responsáveis, 2004.

CARACTERÍSTICA		Média $\pm$ DP
Idade (anos)	Média	10,19 $\pm$ 2,36

	Masculino	10,11 ± 2,33
	Feminino	10,26 ± 2,19
		<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	121 (50)
	Feminino	121 (50)
<b>Cor da pele</b>	Branca	27 (11,2)
	Não-Branca	215 (88,8)
<b>Escolaridade materna</b>	Sem escolaridade	41 (17,2)
	1º grau incompleto	147 (61,8)
	1º grau completo	25 (10,5)
	2º grau incompleto	14 (5,9)
	2º grau completo	11 (4,6)
<b>Renda familiar</b>	Até 1 SM	167 (69,6)
	Mais de 1 a 2 SM	56 (23,3)
	Mais de 2 a 5 SM	17 (7,1)

n= número de escolares SM = salário mínimo.

Quanto ao nível de escolaridade; materna, observa-se um perfil caracterizado, predominantemente, pela baixa instrução, já que 17,2% das mães não tinham nenhuma escolaridade e 61,8% possuíam apenas o primeiro grau incompleto.

A renda familiar era de até um salário mínimo (SM) em 69,6% da amostra, sendo observada renda familiar superior a dois salários mínimos (2 a 5 SM) em apenas 7,1% dos entrevistados, caracterizando uma população de baixa renda (Tabela 1).

Os sintomas de asma são apresentados na tabela 2. Os resultados mostraram a prevalência de asma cumulativa, aferida pela questão “sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida” de 38,4% (91 indivíduos), que foi o sintoma mais prevalente no grupo estudado.

Conforme demonstrado na tabela 3, não houve diferença na prevalência deste sintoma entre os indivíduos do sexo masculino e feminino (RP= 0,57; IC= 0,57-1,09), e na comparação entre os grupos raciais (Tabela 6), não foram observadas diferenças significantes em relação a este sintoma (RP= 1,78; IC= 1,26-2,51).

**Tabela 2** – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de 7 a 14 anos. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

SINTOMA	SIM	NÃO
	N (%)	N (%)
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	91 (38,4)	146 (61,6)
Sibilos (chiado no peito) nos últimos 12 meses	64 (31,1)	142 (68,9)
Asma alguma vez na vida	26 (16,6)	131 (83,4)
Sono alterado por crises de sibilos (chiado no peito)	46 (27,3)	122 (72,6)
<i>Menos de uma noite por semana</i>	32 (19,0)	-
<i>Uma ou mais noites por semana</i>	14 (8,3)	-
Sibilos (chiado no peito) após exercício físico	87 (36,6)	151 (63,4)
Tosse seca à noite	9 (3,8)	231(96,3)
Crise de sibilos (chiado no peito) determinou dificuldade de falar	9 (7,4)	112 (92,6)

A presença de asma ativa, aferida pela questão “sibilos nos últimos 12 meses” também apresentou prevalência elevada (31,1%), porém na comparação entre os diferentes gêneros (RP= 0,81; IC= 0,57-1,30) e grupos raciais (RP= 1,50; IC= 0,91-2,47), não houve diferença na prevalência deste sintoma (Tabela 3).

**Tabela 3** – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de 7 a 14 anos de acordo com o gênero. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

	Masculino		Feminino		RP	IC (95%)
	N	%	n	%		
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	51	42,9	40	33,9	0,79	0,57-1,09

Sibilos (chiado no peito) nos últimos 12 meses	35	33,3	29	28,7	0,81	0,57-1,30
Asma alguma vez na vida	13	16,0	13	17,1	1,06	0,52-2,15
Sono alterado por crises de sibilos (chiado no peito)	29	34,5	17	20,2	0,58	0,35-0,98
Sibilos (chiado no peito) após exercício físico	47	39,2	40	33,9	0,86	0,61-1,21
Tosse seca à noite	5	4,2	4	3,3	0,80	0,22-2,90
Chiado determinou dificuldade de falar	5	8,2	4	6,7	0,81	0,22-2,88

A comparação entre sintomas de asma e diferentes gêneros, separados por faixa etária mais baixa (7 a 10 anos) e mais alta (10 a 14 anos) estão apresentadas nas tabelas 4 e 5, respectivamente. Não foram encontradas diferenças expressivas entre os grupos, exceto em relação à presença de asma ativa no grupo de menor faixa etária, onde os indivíduos de sexo masculino apresentaram uma maior prevalência de chiado no último ano (RP=0,42; IC=0,19-0,91).

**Tabela 4** – Prevalência de sintomas relacionados à asma escolares em menores de dez anos de acordo com o gênero. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

	Masculino		Feminino		RP	IC (95%)
	N	%	n	%		
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	27	47,4	15	28,8	0,60	0,36-1,01

Sibilos (chiado no peito) nos últimos 12 meses	19	35,8	7	15,2	0,42	0,19-0,91
Asma alguma vez na vida	8	19,5	5	15,6	0,80	0,29-2,21
Sono alterado por crises de sibilos (chiado no peito)	15	32,6	5	15,2	1,25	0,98-1,61
Sibilos (chiado no peito) após exercício físico	26	45,6	14	27,5	0,60	0,35-1,02
Tosse seca à noite	2	3,5	2	3,8	1,09	0,16-7,50
Chiado determinou dificuldade de falar	3	9,1	2	8,0	0,88	0,15-4,87

**Tabela 5** – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares maiores de dez anos de acordo com o gênero. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

	Masculino		Feminino		RP	IC (95%)
	N	%	n	%		
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	24	38,9	25	37,9	0,97	0,63-1,51
Sibilos nos últimos 12 meses	16	30,8	22	40,0	1,30	0,77-2,18
Asma alguma vez na vida	5	12,5	8	18,2	1,45	0,51-4,08

Sono alterado por crises de sibilos	14	23,5	12	36,8	1,21	0,90-1,61
Sibilos após exercício físico	21	33,3	26	38,8	1,16	0,73-1,84
Tosse seca à noite	3	4,8	2	2,9	0,61	0,10-3,57
Chiado determinou dificuldade de falar	3	9,1	2	8,0	0,88	0,15-4,87

A questão que estima o diagnóstico clínico de asma, aferida pela pergunta “Teve asma alguma vez na vida?”, apresentou uma prevalência de 16,6%, enquanto que a questão que estima a gravidade da asma, mensurada pela pergunta “No último ano, alguma vez, o chiado de seu filho foi tão forte que impediu que ele conseguisse dizer mais de duas palavras entre cada respiração?” obteve prevalência de 7,4%. Nas duas questões também não foram observadas diferenças entre gêneros e grupos raciais (Tabela 6).

**Tabela 6** – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de 7 a 14 anos de acordo com a cor da pele. Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

	Branco		Não Branco		RP	IC (95%)
	N	%	n	%		
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	17	63,0	74	35,2	1,78	1,26-2,51
Sibilos (chiado no peito) nos últimos 12 meses	11	44,0	53	29,3	1,50	0,91-2,47
Asma alguma vez na vida	6	54,5	20	13,7	3,98	2,02-7,82
Sono alterado por crises	9	66,0	113	73,9	1,53	0,77-3,00



de sibilos (chiado no peito)

Sibilos (chiado no peito) após exercício físico	13	50,0	74	34,9	1,43	0,93-2,19
Tosse seca à noite	1	3,7	8	3,8	0,98	0,12-7,58

Também não foram encontradas diferenças na prevalência de asma grave quando comparados os grupos de crianças maiores e menores de dez anos (Tabela 7).

**Tabela 7** – Prevalência de sintomas relacionados à asma em escolares de acordo com a idade (mediana=10 anos). Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

	11 a 14 anos		7 a 10 anos		RP	IC (95%)
	N	%	n	%		
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	42	38,5	49	38,3	1,00	0,72-1,40
Sibilos (chiado no peito) nos últimos 12 meses	26	26,3	38	35,5	0,74	0,48-1,12
Asma alguma vez na vida	13	17,8	13	15,5	1,15	0,57-2,32
Sono alterado por crises de sibilos (chiado no peito)	20	25,3	26	29,2	0,86	0,52-1,42
Sibilos (chiado no peito) após exercício físico	40	37,0	47	36,2	1,02	0,73-1,43
Tosse seca à noite	4	3,7	5	3,8	0,96	0,26-3,40

Chiado determinado dificuldade de falar	5	8,6	4	6,3	1,35	0,38-4,81
--	---	-----	---	-----	------	-----------

Os sintomas “sibilos após exercício físico” e “sono alterado por crises de sibilos” apresentaram prevalências elevadas (36,6% e 27,3%, respectivamente) e “tosse seca à noite” foi o menos prevalente no grupo estudado (3,8%). Não houve, porém diferenças nas prevalências na comparação entre gênero, cor da pele e faixa etária. Nas análises das diferentes faixas de renda familiar (Tabela 8), aferida através do número de salários mínimos (SM), observamos que não houve diferenças na prevalência de sintomas de asma entre as populações com renda familiar de até 2 SM e maior que 2 SM, exceto os casos de asma grave (7,8%) que ocorreram apenas no grupo com menor renda.

**Tabela 8** – Prevalência de sintomas relacionados à asma de acordo com renda familiar (estimada em Salários Mínimos). Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

	Menos de 1		Mais de 2		RP	IC (95%)
	a 2 SM		SM			
	N	%	n	%		
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	84	38,5	7	41,2	0,93	0,51-1,70
Sibilos (chiado no peito) nos últimos 12 meses	60	31,1	4	33,3	0,93	0,40-2,12
Asma alguma vez na vida	24	16,6	2	20,0	0,82	0,22-3,01
Sono alterado por crises de sibilos (chiado no peito)	42	27,5	4	30,8	0,89	0,37-2,09
Sibilos (chiado no peito)	82	37,3	5	31,3	1,19	0,56-2,51

após exercício físico

Tosse seca à noite	4	3,7	5	3,8	0,96	0,26-3,40
Chiado determinado dificuldade de falar	9	7,8	0	0	-	-

SM= salários mínimos

As análises da relação entre o nível de escolaridade materna e a prevalência dos sintomas de asma também foram realizadas (Tabela 9) e verificou-se diferença significativa entre as prevalências de asma cumulativa e asma ativa nos diferentes níveis de escolaridade, que foi mais elevada no grupo com maior escolaridade materna (responsável tendo cursado primeiro grau completo ou mais).

**Tabela 9** - Prevalência de sintomas relacionados à asma de acordo com instrução do responsável (estimada em menor instrução, quando primeiro grau incompleto ou menor e maior instrução, quando primeiro grau completo ou maior). Bairro da Paz, Salvador-BA, 2004.

	Menor instrução		Maior instrução		RP	IC (95%)
	N	%	n	%		
Sibilos (chiado no peito) alguma vez na vida	66	34,7	25	54,3	0,63	0,46-0,88
Sibilos (chiado no peito) nos últimos 12 meses	45	27,6	19	44,2	0,62	0,41-0,94
Asma alguma vez na vida	17	13,8	9	27,3	0,50	0,24-1,03
Sono alterado por crises de sibilos (chiado no	37	27,8	9	26,5	1,05	0,56-1,96

peito)

Sibilos (chiado no peito) após exercício físico	67	35,6	20	42,3	0,82	0,56-1,21
Tosse seca à noite	6	3,1	3	6,5	0,47	0,12-1,83
Chiado determinou dificuldade de falar	7	7,5	2	7,1	1,05	0,23-4,78

A tabela 10 apresenta os resultados da prevalência de asma em escolares de 6-7 anos e adolescentes de 13-14 anos nas cidades do estado da Bahia que participaram do estudo ISAAC fase III e também os dados da prevalência de asma aferida nos escolares de faixa etária menor e maior que 10 anos na comunidade do Bairro da Paz (mediana de 10 anos). Verificamos resultados semelhantes na prevalência de asma ativa onde grupos de faixa etária mais baixa apresentam uma maior prevalência em relação ao grupo de faixa etária mais alta. É possível observar, ainda, maior prevalência de asma grave na região cujo clima é mais frio – Cidade de Vitória da Conquista, BA (temperatura anual média mais baixa e inverno mais rigoroso) em ambas as faixas etárias.

**Tabela 10** - Prevalência de sintomas de asma em escolares do Bairro da Paz e Cidades da Bahia (ISAAC – fase III)

Faixa etária	Data	Local	N	Sintomas						
				Sibilos algum na vida	Sibilos nos últimos 12 meses	Asma algum na vida	Sono alterado por crise de sibilos	Sibilos após exercício	Tosse seca noturna	Asma grave
Acima de 10 anos	2006	Bairro da Paz – Salvador	49	38,5	26,3	17,8	25,3	37,0	3,7	8,6
13-14 anos	2006	Salvador – BA	990	-	17,2	7,7	-	-	-	5,2
anos	2006	Feira de	440	-	20,7	6,4	-	-	-	3,0

	6	Santana - BA								
	200	Vitória	399	-	24,3	11,5	-	-	-	8,5
	6	da Conquist a - BA								
Abaix o de 10 anos	200	Bairro da Paz - Salvador	38	38,3	35,5	15,5	29,2	36,2	3,8	6,3
	200	Salvador	302	-	24,6	13,7	-	-	-	5,9
6-7 anos	6	- BA	0							
	200	Feira de Santana - BA	173	-	21,5	5,8	-	-	-	6,2
	6		2							

Pode-se observar uma prevalência elevada nos sintomas de asma na população de escolares da comunidade estudada. Os resultados do estudo descrevendo elevadas prevalências de asma cumulativa (38,4%) e ativa (31,1%) situam a comunidade de escolares do Bairro da Paz na faixa de alta prevalência para asma, com resultados semelhantes aos encontrados em Salvador, nas cidades de Feira de Santana e Vitória da Conquista, no estado da Bahia (SOLÉ et al., 2006) e no Nordeste do Brasil, onde algumas cidades foram avaliadas em relação à prevalência de asma (FIORE et al., 2001). Na cidade de Recife, Pernambuco, Britto et al. (2004) relataram prevalência de asma cumulativa de 20,4% para escolares de treze e quatorze anos e 19,7% para crianças de seis e sete anos, respectivamente. Em Maceió, Alagoas, Soares et al., (2005) verificaram uma prevalência de asma cumulativa de 29,5% com uma prevalência de asma ativa de 14,7%.

Associar a elevada prevalência de sintomas de asma às questões ambientais do Bairro e dos domicílios poderia ser coerente, pois este possui ruas sem pavimentação, promovendo constantemente presença de poeira e influências no ambiente externo e interno (doméstico). A questão ambiental, as condições estruturais e de higiene do Bairro devem ser consideradas, já que se sugere que o nível de exposição a infecções orofecais e/ou alimentos contaminados possa influenciar o desenvolvimento de doenças respiratórias alérgicas. Em

estudo conduzido nos Estados Unidos, Taussing (1986) demonstrou que a aquisição de certas infecções está associada a uma menor probabilidade de desenvolver asma e rinite. Esta observação tem suporte consistente com a "hipótese da higiene" que sugere que é necessária uma estimulação adequada do tecido linfóide associado ao trato gastrintestinal para prevenir a sensibilização aos aeroalérgenos. Portanto, a presença de atopia estaria relacionada inversamente à exposição a agentes infecciosos, o que seria importante na maturação do sistema imunológico da mucosa, reduzindo o risco de atopia.

Silva, Andrade e Tavares-Neto (2003) avaliaram a associação entre asma e ascaridíase em uma comunidade de periferia na Cidade de Campina Grande, Paraíba. Ainda que a prevalência de asma tenha sido elevada (59,7%), da mesma maneira que a ascaridíase (56,3%), não se confirmou uma associação entre elas na população estudada.

Não há estudos que avaliem as condições sanitárias e associação com asma no Bairro da Paz, no entanto, tal hipótese parece não se aplicar a esta população, uma vez que se esperaria uma prevalência de sintomas baixa pela falta de saneamento básico em grande parte do Bairro, que possui apenas 5 km de ruas pavimentadas e cuja rede de esgoto só abrange 12,78% dos domicílios do Bairro (SEPLAM - PMS), enquanto que os resultados do presente estudo mostram o contrário. Não foram investigadas, na população do estudo, as condições de moradia o que não permitiu aferir os níveis de "aglomeração" nos domicílios onde muitas pessoas vivendo juntas poderiam gerar influência na prevalência de asma. Ainda assim, Ones *et al.*, (1997) em Istambul, Turquia, não encontraram associação entre um maior número de pessoas da casa dividindo o mesmo quarto e aumento na prevalência de sintomas de asma.

Outras hipóteses que podem ser consideradas, estão relacionadas aos hábitos dos adolescentes do Bairro. Machado Neto e Cruz (2003), demonstraram prevalência de tabagismo em cerca de 9,6%, dos adolescentes de Salvador, com maior frequência nos adolescentes do sexo masculino (14%). A média de idade do início do tabagismo foi de  $14 \pm 2$  anos, sendo a experimentação e a influência dos pais associadas ao tabagismo nos adolescentes. Na população estudada, a faixa etária mais alta, composta de escolares de onze a quatorze anos é composta majoritariamente de adolescentes do sexo masculino (52%). Levando em consideração as condições sócio-econômicas já mencionadas, é possível que uma parte dessa amostra tenha o tabagismo como mais um fator de risco para a presença de asma ativa.

A hipótese de que poderia ter havido influência do período da coleta dos dados em função do clima (outubro a dezembro de 2004), quando se iniciava o verão em Salvador, época de chuvas rápidas e muito calor, gerando condições de ambiente quente e úmido no Bairro, também foi considerada. Ao analisar o clima retrospectivamente no ano de 2004, segundo a edição de número 6 do boletim “Infoclima” - Previsão Climática elaborada em Fórum de Consenso entre o Instituto Nacional de Meteorologia do Brasil (INMET) e o Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos do Brasil (CPTEC), órgãos ligados ao Ministério da Ciência e Tecnologia e Ministério da Agricultura e Pecuária do Brasil, observou-se que ao longo do ano de 2004 choveu pouco na maior parte do Nordeste, com valores inferiores a 50 mm no interior da Região Nordeste nos meses de abril, maio e junho. No período de julho, agosto e setembro as temperaturas máximas e mínimas estiveram dentro da normalidade e não houve queda significativa da temperatura, os valores de chuva variaram em torno de 200 mm em Salvador-BA e a temperatura oscilou entre máximas de 24°C e 30°C e mínimas de 14°C e 20°C, e nos meses subsequentes a temperatura permaneceu em torno da média histórica quando o período de chuvas em Salvador foi escasso. Confirma-se, assim, ser esse achado um dado relevante que poderia ter influenciado na prevalência de asma ativa na população estudada.

A observação de uma menor prevalência de asma diagnosticada (16,6%), mensurada pela questão “teve asma alguma vez na vida”, em relação às taxas de prevalência dos sintomas de asma cumulativa e asma ativa, demonstram a diferença entre a população que já teve os sintomas, apresenta os sintomas ativos e que tem o diagnóstico médico de asma. Nesta questão, os resultados do presente estudo são semelhantes a vários outros estudos de prevalência conduzidos no Brasil (SOLÉ et al., 2001; SOLÉ et al., 1999; BOECHAT et al., 2006; FERRARI et al., 1998; CASSOL et al., 2005; FELIZOLA et al., 2005; SOARES et al., 2005), onde verificamos uma diferença entre a população que sofre dos sintomas e que tem acesso ao diagnóstico de asma. Em São Paulo (SOLÉ et al., 1999; CAMELO-NUNES et al., 2001) encontraram-se prevalências de 21,3% para sibilos nos últimos doze meses e 6,1% para asma diagnosticada. Em Curitiba (PR) (FERRARI et al., 1998) foi demonstrada prevalência de 18,4% para asma ativa e 8,6% para asma diagnosticada. Em Duque de Caxias (RJ) (BOECHAT et al., 2006) foi demonstrada prevalência de 19,0% para asma ativa e 10,0% para asma diagnosticada; em Maceió (AL) (SOARES et al., 2005) a prevalência de 14,7% para asma ativa e 13,8% para asma diagnosticada; em Brasília (DF) (FELIZOLA et al., 2005) prevalência de 20,5% para asma ativa e 13,8% para asma diagnosticada. Em estudos fora do

país como na Inglaterra, onde a aplicação do questionário do ISAAC em uma população de 27.507 crianças na faixa etária de doze a quatorze anos, mostrou prevalência de sibilos nos últimos doze meses e de diagnóstico de asma de 33,3% e 20,9%, respectivamente (MACHADO NETO e CRUZ, 2003).

Segundo Soares et al., (2005), esses achados indicam sub-diagnóstico e reduzida sensibilidade da questão e que outros termos médicos podem estar sendo utilizados em substituição ao de asma brônquica. Lloyd et al., (2000) demonstraram que continua existindo, pelos profissionais, a utilização de uma diversidade de combinações de critérios e sintomas na caracterização diagnóstica da asma, o que por vezes pode levar ao retardo do início de um tratamento eficaz e eficiente. É frequente o fato dos pais serem informados que o filho possui a patologia que é classificada de maneiras diversas, sendo encontrados termos como bronquite asmática, asma alérgica, bronquiolite, rinite alérgica e outros.

O estudo ISAAC - Fase I (ISAAC, 1998) demonstrou ampla variação na prevalência de sintomas de asma e de asma diagnosticada entre os diferentes países e entre regiões de um mesmo país. No Brasil, a resposta à questão “asma alguma vez” variou entre 4,8% e 26,4%, reforçando a idéia de que há uma variação muito significativa desta questão, mesmo sendo os dados aferidos por questionário padronizado. Maçãira et al. (2005) apresentam um estudo onde um escore para o módulo de asma do questionário padronizado escrito do ISAAC permitiria discriminar pacientes asmáticos dos controles atingindo sensibilidade de 93% e especificidade de 100% no estudo. Esses autores propõem uma modificação no questionário ISAAC, acrescentando o termo “bronquite” à pergunta específica sobre o diagnóstico de asma, com o intuito de incluir aqueles pacientes portadores de asma rotulados como “bronquíticos”. Segundo Pizzichini (2005), no entanto, a introdução desse termo como sinônimo de asma seria questionável, podendo gerar efeito oposto ao esperado, com aumento irreal da prevalência de asma.

É possível inferir, ainda, que pode ter havido resistência da população em responder a esta questão (“teve asma alguma vez na vida?”) e afirmar que apresentou a doença, por preconceito ou falta de informação a cerca da patologia. No caso deste estudo, a pergunta foi direcionada ao familiar da criança, podendo este comportamento estar relacionado não só ao desconhecimento e ao preconceito sobre a doença (alguns ainda acreditam ser a asma contagiosa), mas até ao comportamento dos responsáveis, quando relacionam a presença de doença nos filhos à idéia de um cuidado inadequado dos pais.



Não é difícil compreender, portanto, porque a frequência de sintomas de asma neste estudo, assim como em outros estudos de prevalência de asma no Brasil, ou fora do país foi superior à de asma diagnosticada, independentemente do local em que a pesquisa foi realizada (GINA, 2005; ISAAC, 1998; SOLÉ et al., 1998; SOLÉ et al., 2001; SOLÉ et al., 1999; BOECHAT et al., 2006; FERRARI et al., 1998; CASSOL et al., 2005; FELIZOLA et al., 2005; SOARES et al., 2005). Mesmo assim, tais achados (diferença entre prevalência de sintomas e diagnóstico de asma) apontam para a necessidade de um melhor planejamento das ações de saúde na comunidade do Bairro da Paz incluindo estratégias de acesso à informação e ao próprio serviço de saúde (atualmente esta comunidade conta com um posto de saúde).

Maia et al., (2004) observaram a tendência de prevalências maiores de sintomas asmáticos no sexo feminino, particularmente nas questões "sibilos alguma vez na vida" e "sono alterado por crise de sibilos", onde as diferenças com o sexo masculino foram estatisticamente significantes. No mesmo estudo não se observou diferença significativa entre sexos na prevalência do diagnóstico de asma e demais sintomas asmáticos.

Segundo Venn et al., (1998) a prevalência de sintomas asmáticos geralmente é mais elevada no sexo masculino na primeira década de vida, o oposto ocorrendo a partir da puberdade. Tal tendência pode ser superestimada, devido ao aumento de relato de sibilos pelas meninas e a um decréscimo do seu relato em meninos. As alterações hormonais que ocorrem na puberdade podem ter papel nessa inversão de prevalência. Além disso, o aumento do calibre das vias aéreas na puberdade em meninos, que eram em média menores do que das meninas na infância, pode contribuir para o menor relato de sibilos pelos meninos (Taussing, 1986). No Bairro da Paz, a comparação dos resultados nas faixas etária mais baixa (crianças com menos de dez anos) e mais alta (crianças com mais de dez anos) considerando uma idade mediana de 10 anos, demonstrou ocorrência de sintomas de asma mais elevadas na faixa etária mais baixa, sendo estes resultados semelhantes aos do estudo ISAAC fase III (SOLÉ et al., 2006) em cidades do estado da Bahia.

Na comparação dos resultados do presente estudo com os dados de populações das cidades baianas, foi possível observar, ainda, maior prevalência de asma grave na região cujo clima é mais frio – Cidade de Vitória da Conquista, BA (temperatura anual média mais baixa e inverno mais rigoroso) em ambas as faixas etárias, sendo este achado semelhante aos de Cassol et al., (2005) na Cidade de Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul, onde as temperaturas também são mais baixas e o inverno mais rigoroso.

King, Mannino e Holguin (2004) descreveram como um dos fatores de risco para incidência de asma, crianças do sexo masculino, entre outros fatores. No presente estudo, tais afirmativas se confirmam, com uma maior ocorrência de asma ativa nos indivíduos do sexo masculino pertencentes à primeira década de vida e tendência a uma inversão dos sintomas no grupo pertencente à faixa etária maior, embora não tenham sido encontradas diferenças significantes entre os indivíduos do sexo masculino e feminino em nenhuma das questões aferidas, na faixa etária maior que 10 anos.

A população estudada teve como característica a baixa escolaridade e níveis sócio-econômicos muito baixos, achado que se correlaciona com as informações do senso IBGE no Bairro e com as informações da secretaria de planejamento do estado da Bahia (SEPLAM), que mostram 80,14% da sua população com renda entre 0 e 2 salários mínimos e 60,45% da população com instrução considerada baixa ou sem instrução (até 4 anos de estudo). No presente estudo a renda familiar de até 1 salário mínimo foi relatada por 69% dos entrevistados e a taxa de escolaridade mostrou apenas 10% com o primeiro grau completo. Ao serem analisadas essas condições, Felizola et al., (2005), verificaram, no Distrito Federal, em um grupo populacional onde mais de 80% da população recebia até dois salários mínimos e possuía apenas o ensino fundamental, uma associação entre baixa escolaridade, renda inferior e maior prevalência de sintomas de asma, tanto na faixa etária de escolares de 6-7 anos quanto nos adolescentes. Com relação à gravidade, verificou-se que ela também foi maior nas classes menos favorecidas, talvez pela menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento, ou pela presença de piores condições ambientais.

No presente estudo, quando se analisa as diferentes faixas de renda, não se verifica tal achado em relação aos sintomas de asma, não sendo encontradas diferenças significativas entre população com renda familiar até dois salários mínimos e o grupo com renda familiar superior a este patamar. Já em relação à gravidade da asma, os achados no Bairro da Paz foram semelhantes aos achados descritos pela literatura, e apenas o grupo de menor renda apresentou casos de asma grave. Felizola et al., (2005) observaram que parece haver uma associação entre baixa escolaridade e renda inferior e maior prevalência de sintomas de asma, em ambas as faixas etárias. Com relação à gravidade, o mesmo estudo verificou que ela também foi maior nas classes menos favorecidas, talvez pela menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento, ou pela presença de piores condições ambientais.

King, Mannino e Holguin (2004), em recente revisão da literatura, descreveram como fatores de risco para incidência de asma em crianças história familiar de asma, sexo masculino, infecções precoces de vias aéreas, obesidade, exposição a alérgenos domésticos, tabagismo e poluentes externos e baixo peso ao nascer. Os acima relatados estiveram presentes em populações de baixa renda. Rona (2000), embora reconheça evidências de que alguns aspectos de pobreza causam asma e hiperreatividade brônquica, já que alguns fatores de risco para asma como tabagismo, baixo peso ao nascer, poluição do ar, obesidade e outras exposições são mais prevalentes em faixas da comunidade com menor renda, questiona esta condição e ressalta que há inconsistências nesta associação, devido a vários fatores confundidores incluindo a etiologia da asma, que varia de acordo com sua severidade. Sugere que a incidência da asma estaria ligada ao crescimento social enquanto a gravidade dos sintomas é ligada à pobreza.

Em relação ao grau de instrução, os achados do presente estudo encontram-se em conformidade com as informações do senso IBGE no Bairro e com as informações da secretaria de planejamento do município de Salvador (SEPLAM) (60,45% da população com instrução considerada baixa ou sem instrução). Na comunidade estudada, 17,2% das mães não tinham nenhuma escolaridade e 61% possuíam apenas o primeiro grau incompleto. Em Recife (PE), Britto et al., (2004) verificaram maior prevalência de asma referida com nível mais elevado de instrução materna. Já no estudo de Felizola et al., (2005), o diagnóstico de asma foi mais freqüente na classe social menos favorecida para o questionário respondido pelos pais. No presente estudo, a associação entre baixa escolaridade e prevalência dos sintomas de asma não foi observada, sendo encontrados achados semelhantes aos de Recife (BRITTO et al., 2004), entre a prevalência de asma cumulativa e asma ativa nos diferentes níveis de escolaridade, onde o grupo de indivíduos cuja escolaridade materna era considerada maior (responsável tendo cursado primeiro grau completo ou mais) apresentou maiores prevalências do que o grupo cuja escolaridade materna era considerada menor (responsável analfabeto ou tendo cursado até primeiro grau incompleto).

Se considerarmos a diferença na escolha da metodologia de aplicação do questionário, com a utilização de entrevistadores ao invés da utilização do questionário auto-aplicado, podemos perceber que alguns estudos verificaram influência desse fato nas respostas, demonstrando pouco comprometimento dos níveis de prevalência encontrados (MALLOL e CASTRO-RODRIGUEZ, 2006; BRAUN-FAHRLANDER et al., 1998).

Neste estudo se acredita que houve pouca influência nos resultados, uma vez que foram seguidas rigorosamente as técnicas nas entrevistas individuais (CAMPOS, 1993) e os entrevistadores, que foram previamente treinados em questionário piloto, limitaram-se exclusivamente à leitura do questionário sem dar explicações adicionais. Nos casos em que o entrevistado não entendeu alguma questão o entrevistador apenas repetiu a leitura do texto, com a resposta sendo considerada perdida (“em branco”) nos casos em que o entrevistado não respondeu.

Outro fato que pode indicar pouca influência na utilização dos entrevistadores foram as próprias taxas de prevalência encontradas, que são bastante semelhantes à resposta do ISAAC fase I (SOLÉ et al., 2001), diferindo apenas na prevalência do item “sono alterado por crise de sibilos”, e que, em relação aos dados do ISAAC fase III (SOLÉ et al., 2006), as maiores diferenças na prevalência foram encontradas na população de faixa etária de 6-7 anos, justamente a faixa em que o questionário é necessariamente respondido pelo responsável pela criança.

As limitações do presente estudo estão relacionadas principalmente à dificuldade em se comparar os resultados de uma maneira mais ampla com outros estudos de prevalência que utilizaram a metodologia do estudo ISAAC, já que nossa amostra da população, embora representativa, é bastante reduzida, o que influencia nas análises estatísticas na aferição de resultados em subgrupos específicos. Além disso, a utilização do questionário, sem a avaliação de outros marcadores que possam trazer informações mais consistentes sobre a presença de asma na população estudada, também pode ser considerada uma limitação do estudo. Embora tenhamos encontrado justificativas para optar pela utilização de entrevistas face a face com os responsáveis, substituindo a utilização do questionário auto-aplicável para os adolescentes, consideramos a mudança desta estratégia originalmente proposta pelo estudo ISAAC, como uma outra limitação do nosso estudo.

## **4 ESTUDO QUALITATIVO DA ASMA NO BAIRRO DA PAZ**

O plano de análise, que será apresentado a seguir, foi feito de acordo com as informações coletadas nas entrevistas realizadas com as famílias dos escolares portadores de sintomas de asma no Bairro da Paz, Salvador – Bahia.

O momento inicial da análise pressupõe a leitura cuidadosa dessas entrevistas, observando questões recorrentes, semelhanças e diferenças presentes nas falas. A partir do instrumento semi-estruturado utilizado nas entrevistas, foram selecionados os itens a serem analisados, os quais foram: sentimentos em relação à gravidez, sentimentos em relação ao momento do nascimento, quando e como ocorreu a primeira e a última crise respiratória, o que foi feito nestes momentos, o que favoreceu o aparecimento das crises respiratórias, o que mudou para estas famílias, a postura adotada pela família após a crise de asma, a relação entre o desencadeamento das crises com fatores emocionais e as dificuldades atuais dos escolares e das famílias.

Foram estabelecidas relações entre os itens acima, em tópicos agregados de acordo com cada relato específico e também no conjunto dos relatos obtidos. Para fins de análise do conteúdo das entrevistas foi utilizado como referência o momento da crise de asma. Em consequência, os resultados e a discussão dos mesmos foram organizados em torno dos seguintes tópicos: momento anterior à primeira crise de asma, momento anterior à crise de asma e momento posterior à crise de asma.

Como “momento anterior à primeira crise de asma” foram interpretados os elementos facilitadores e/ou estruturantes da asma; como “momento anterior à crise de asma” estão os elementos desencadeadores da crise de asma; e como “momento posterior à crise de asma” estão assinaladas as consequências da mesma na criança e na família.

### **4.1 MOMENTO ANTERIOR À PRIMEIRA CRISE DE ASMA**

O momento anterior à primeira crise de asma foi subdividido nos seguintes itens: sentimentos referidos pelas mães no momento do nascimento; dados sócio-econômico-demográficos; hereditariedade.

#### **4.1.1 Sentimentos maternos no momento do nascimento**

Em relação aos sentimentos referidos pelas mães no momento do nascimento destes escolares, foram percebidas três situações específicas e peculiares: aceitação, rejeição e ambivalência. Estas podem ser assim descritas:

4.1.1.1 Aceitação: quando o sentimento expresso foi estar feliz ante a chegada do filho. Este sentimento foi observado na fala das informantes 4 e 9, respectivamente.

*“Mesmo sem esperar a gravidez, a gente fica feliz. Filho é uma benção de Deus. ... na hora do nascimento dele, sabia que Deus estava me agradando com esse filho. E ele sempre foi bom mesmo.”*

*“...na época o pai ficou muito feliz. Era uma fase que os problemas meus eram menores. ... eu tive muita alegria. Como é que uma mãe fica na hora que o filho nasce? Só pode ser alegre. Ainda mais ela que nasceu sem problema.”*

Portanto, nestas situações o nascimento é sentido e compreendido pelas mães como um estado de satisfação íntima, de prazer, ventura, contentamento, alegria e satisfação, no qual o bebê sente-se bem-vindo, desejado e querido.

4.1.1.2 Rejeição: quando o sentimento expresso foi o de que a criança não era desejada, resultado ou resultando em conflitos de ordem familiar, conforme aparece nos relatos de seis mães do estudo em questão.

*“Quando ela nasceu, ele (marido) me culpou porque queria um menino. Sabe o que ele fez quando descobriu que era menina? Disse que ia pra rua achar outra mulher que soubesse fazer homem. ... A mãe dele nem falava comigo direito, me enxotava, dizia que eu era aguada, mulher que não sabia fazer filho direito.”* Informante 1.

*“Eu não queria filho, não. A gente fica preocupada em ter mais filho, numa casa que nem alimenta os que já tem. Ainda mais que era só eu e Deus, como eu disse pra senhora. Mas, não tinha mais jeito não, ela já tava no bucho.”* Informante 2.

*“Quando eu descobri que tava grávida, nem acreditei. Porque eu fui procurar o doutor porque sentia muitas dores na barriga. Era uma dor tão forte, tão forte que parecia que eu ia morrer. Quando ele me disse que eu tava grávida, eu disse pra ele que só se fosse de um bicho. Passei a gravidez todinha tomando raiva dela. Não acreditava que tava*

*grávida. Porque eu não queria filho nenhum, não estava preparada para isto. Não que não tivesse idade. Idade eu já tinha, mas não queria e pronto. O pai também não queria. E pra ser sincera, porque a gente tem que ser sincera, filho só serve pra atrapalhar o casal, dá uma canseira danada. É muito trabalho.”* Informante 3.

*“...meu marido e eu queria filha mulher e veio de novo homem. Filha é bom porque cuida da gente, é igual às mães. Eu acho. O pai também queria menina pra cuidar dele velho. Passei a gravidez, chamando ele de Virgínia que é o nome da minha avó que eu gostava muito. Aí quando ele nasceu e o doutor disse homem, ele não tinha nome.”* Informante 5.

*“Minha sogra veio cuidar de mim, nesses tempos. ... Quando a minha menina nasceu foi pior ainda, porque ela não gosta não é só de mim, não, é de nenhuma nora. Ela só gosta dos genros, dos homens. Com as filhas é igualzinho. Só tem chamego com os filhos homens. Aí minha filha nasceu mulher e ela se danou, porque queria o primeiro neto homem. Meu marido é o segundo filho, mas como o mais velho morreu, ele ficou no lugar. Então ela é mais achegada a ele. Ele que cuida dela. Mas, ela ficou com raiva da menina e de mim. Das duas. Ela porque nasceu mulher e eu porque pari ela. Sofri muito. Ela nada de ir embora, foi uma danação. ... Aí ela me dizia que filha mulher não servia de nada pros pais.”* Informante 6.

*“Os dois (marido e mulher) não tinham condição de ter filho, mas veio, não tinha jeito. Quando descobri que estava grávida, nem acreditei. Não tinha imaginado nunca. Daí pra frente nós só fazia brigar. Eu não conseguia largar das drogas e ele não queria saber. Dizia que a criança ia nascer com problema e que ele não ia ajudar... Quando ele teve a primeira crise, pensei que ele ia morrer ou sei lá o que. Foi tudo rápido, ele tremia muito. Foi depois disso que eu peguei amor por ele. Antes, não tinha não. Por mim tanto fazia, ele tá ali ou não. Não me importava com ele.”* Informante 7.

A palavra “rejeição” é sinônimo de excluir, afastar, desviar, eliminar, pôr de lado, abandonar, omitir, expulsar. Ao ser rejeitada, a criança é privada de uma fonte de afeto positivo, o que pode vir a comprometer o seu desenvolvimento e o seu futuro e até mesmo resultar em manifestações nem sempre claras e simples de serem identificadas pelos familiares, como no caso de doenças. A criança tem mecanismos reacionais a determinadas

situações, principalmente às de teor doloroso, diferentemente do adulto que, geralmente, manifesta seus desejos por meio de sentimentos e de comportamentos.

Os casos relatados acima podem ser subdivididos quanto ao aspecto familiar que manifesta a rejeição em: materna (4 casos: entrevistas 2, 3, 5, 7); paterna (5 casos: entrevistas 1, 3, 5, 6, 7) e, por fim, da avó paterna (1 caso: entrevista 6). Assim, embora a aferição tenha sido realizada a partir do relato materno, a fonte de rejeição pode estar na situação familiar conforme vivenciada diretamente pela mãe, e, indiretamente, pela criança.

4.1.1.3 Ambivalência: quando o sentimento expresso indicou emoções contraditórias em relação ao neonato, conforme a fala das duas mães seguintes:

*“Foi uma emoção, tanto pra eu e pro pai também. A gente queria mesmo filho homem. Foi uma benção de Deus e é até hoje. ... Mas, quando ele nasceu, ficou na incubadora por uns dias, na UTI. Porque nasceu muito fraco e pequeno. O médico disse pra mim e pro pai que ele não ia vingar, pra gente se preparar. Fiquei muito mal, sem querer me apegar. Por isso que eu digo que ele sempre foi diferente. Desde o tempo da barriga. Nasceu muito pequeno e quase morreu.”* Informante 8.

*“...quando eu descobri que estava grávida, minha mãe descobriu também que estava com câncer e nós era muito ligada. Daí, foi um momento bom e ruim. Aí eu queria ficar feliz, mas tava também triste. E foi tudo muito rápido. Ela morreu no dia 13 de maio e ele nasceu no dia 15 de maio. Nunca me alegrei no aniversário dele por isso. A gente nunca fez festa, de ficar feliz com a data. Minha mãe era muito importante pra mim. Ainda mais que oito meses depois, meu pai também morreu e aí fiquei sozinha no mundo. Demorei pra me recuperar. Chorei muito no primeiro ano dele.”* Informante 10.

Conforme as narrações acima, além desta constituição, a relação da mãe com o seu bebê está imersa em um universo sócio-familiar do qual a própria mãe é sujeito e objeto. A relação mãe-bebê se constitui não apenas durante a gravidez, mas mesmo bem antes dela, como por exemplo, na relação da gestante com a sua própria mãe e nas fantasias e brincadeiras de ser mãe que aparecem desde a infância (STERN, 1997).

A ambivalência pode ser compreendida como sentimentos opostos ao mesmo objeto. Segundo Lapanche (1992), o termo ambivalência pode servir para designar as ações e os sentimentos resultantes de um conflito defensivo em que entram em jogo motivações



incompatíveis, visto que, aquilo que é agradável para um sistema psíquico, é desagradável para outro. O que nos faz compreender a ambivalência relatada pelas mães estudadas, onde seus sentimentos não têm teor único, eles são antagônicos: *“foi um momento bom e ruim”*.

Assim, em relação aos sentimentos maternos no nascimento de seu filho, embora alguns casos relatem a felicidade em receber o bebê, a maioria deles apontou para fatores que perturbam o vínculo mãe/criança desde os primeiros momentos. *“Fiquei mal, sem querer me apegar.”* O tipo de apego favorecido por esta vinculação não pode ser o apego seguro, pois desde o início de sua vida extra-uterina, a criança não recebe mensagens de afeto positivo. Deste modo, provavelmente, terá dificuldades de desenvolver uma imagem positiva de si própria: o ciclo se fecha, onde a criança percebe que não conseguiu suprir as expectativas dos pais e acaba por desenvolver uma auto-imagem em que é menos capaz, interessante e inteligente (BOTURA JÚNIOR, 1998). Como consequência, na maioria das vezes, essas crianças tornam-se inseguras, com dificuldade em se auto-afirmarem frente às demandas da realidade, ansiosas frente a mudanças, a acontecimentos que ocorrem no contexto familiar ou no mundo externo, com problemas de alimentação e de relacionamento. Por isso, é imprescindível identificar os sentimentos percebidos pelas mães durante a gravidez ou mesmo no momento do parto. Esse achado apóia a Teoria do Apego em que a manutenção do laço afetivo é importante para a estruturação da criança, pois se esta relação (mãe/filho) é colocada em risco por qualquer motivo, pode desencadear situações de aflição e tensão.

Conforme Fiks (2004), a percepção da rejeição materna cria na criança um profundo ressentimento, que ela não ousa exprimir por medo de perder definitivamente o amor de sua mãe, colocando-se, assim, numa situação de dependência absoluta e regressiva. Ela vive num estado de ambivalência, com seus desejos de proteção, de um lado e a necessidade de amadurecimento e independência, do outro. É esta ambivalência que provoca a angústia, característica básica de todas as crianças asmáticas, marcadas por um tipo de interdependência que permite à mãe agressiva expiar sua culpa, à mãe superprotetora dar-se ao máximo e à criança expressar seus conflitos por meio da doença, sob uma forma agressiva, e assim manifestar sua ambivalência: dependência pelos sintomas da doença em si e independência por colocar a mãe como dependente. Em certos casos, a criança é rejeitada pela mãe apenas quando está saudável e apresenta desejos de independência, sendo recompensada ao ficar doente, devido aos cuidados e atenção especiais que lhe são dados quando está assim desamparada. Esses efeitos de co-indução podem ser diferentes conforme as crianças.

Similarmente, Bloomberg e Chen (2005) afirmam que a asma ativa pode ocasionar nos pais sentimento de culpa e gerar, conseqüentemente, superproteção. Tal situação pode ocasionar na criança sentimento de inferioridade e submissão, que futuramente pode manifestar-se como rebeldia.

Segundo Warmboldt e Warmboldt (2000), é na infância que se estabelecem importantes nexos afetivos e quando se formam os padrões individuais de reação emocional. Pode-se perceber que, em cada um dos relatos deste estudo, existe uma particularidade clara na vida dessas famílias que conduz a vida destes escolares a uma situação ímpar e singular. A questão social, psicológica e emocional é um fator relevante em todos os relatos, conforme se observa no Quadro 2.

<b>Informante 1</b>	Desemprego, brigas conjugais, situação de pobreza, perigo local (Bairro) → fratura social.	Rejeição do pai e da avó paterna em decorrência do sexo da criança (menina).
<b>Informante 2</b>	Desemprego, dificuldades sociais, alcoolismo paterno, violência doméstica.	Rejeição dos pais em decorrência da situação social.
<b>Informante 3</b>	Desemprego, rede de apoio precária, transferência de sentimentos negativos para a criança (dores na gestação, culpa pelos conflitos conjugais).	Rejeição dos pais em decorrência da não aceitação da gravidez.
<b>Informante 4</b>	Felicidade com o nascimento do filho.	Aceitação.
<b>Informante 5</b>	Dificuldades sociais, conflitos conjugais por motivo de relação extraconjugal.	Rejeição dos pais devido ao sexo da criança (menino).
<b>Informante 6</b>	Desemprego, rede de apoio precária, dificuldade no relacionamento com a sogra que a rejeita e também a sua filha. Transferência dos conflitos com a sogra para o conjugue.	Rejeição do pai e da avó paterna em decorrência do sexo da criança (menina).
<b>Informante 7</b>	Mãe drogadita, com a gravidez inicia as brigas entre o casal, rede de apoio precária.	Rejeição da mãe, inicialmente, e, posteriormente, paterna, que culmina com a separação.

<b>Informante 8</b>	Felicidade com o nascimento do filho, orgulho por ser menino, porém nasceu prematuro e permaneceu na UTI sem muitas perspectivas de sobrevivência.	Ambivalência. Mãe super-protetora, o vê como o diferente.
<b>Informante 9</b>	Felicidade com o nascimento do filho.	Aceitação. Mãe super-protetora.
<b>Informante 10</b>	Ambivalência de sentimentos → felicidade pela descoberta da gravidez X tristeza pela descoberta do câncer da mãe → angústia materna.	Ambivalência Gravidez conturbada devido a doença materna, sentimento de abandono tanto da mãe que havia falecido, quanto do marido que não auxiliava.

**Quadro 2** : Característica especial encontrada na vida do escolar

Conforme podemos identificar no quadro acima, existem características peculiares em torno da vida dessas famílias que parecem marcar esses indivíduos. Nas famílias estudadas existe um sistema desfavorável aos escolares, seja ele referente ao aspecto social, econômico ou familiar, que finda por comprometer o momento estruturante de vida desses indivíduos, tornando-os presos a este momento específico.

As dificuldades materiais e interpessoais da família podem deixar uma marca na criança sob a forma de cargas emocionais negativas, que podem se manifestar como doenças futuras ou, em prazo muito curto, como doenças na infância de origem misteriosa ou desconhecida.

*“...nessa época eu e meu marido brigávamos muito, porque faltava dinheiro para tudo, não tínhamos nem comida pra dar para a mais velha, dava dó de olhar pra ela.”*  
Informante 1.

*“...meu marido era um traste. Bebia até não poder mais. Caia duro. Quando eu engravidei dela, então, foi a pior época. Ele tava sem emprego, bebia o dia todo. Quando chegava em casa, que eu chegava depois dele, porque vinha da roça, do trabalho, ele só achava força pra me bater e depois ia dormir. A senhora sabe que pobre deixa de comer pra beber e acha bom. E lá em casa não era diferente, a gente passava fome, de não ter nada pra*

*comer e sentir a barriga queimando por dentro de fome. Hoje tá um pouco melhor.*”  
Informante 2.

Para Berenstein (2002), situações familiares provenientes do mundo social onde a família está inserida, como desemprego, podem trazer insegurança à família que passa a viver, por causa disso, dificuldades e conflitos entre os seus membros. Este autor recorda que o trabalho, juntamente com o amor, tornaram-se na modernidade, a base para a saúde e a sua perda acarreta uma deterioração da própria subjetividade. “O sujeito que perde seu trabalho passa a ser suprimido como sujeito, pois ocorre uma perda da subjetividade produzida pela desconstrução do vínculo de trabalho e, portanto social, o que resulta em uma alteração do espaço público, privado e íntimo.” (BERENSTEIN, p. 19, 2002). Para ele, os sujeitos, ao serem despojados de seu espaço público, incorporam o ocorrido e passam a vivê-lo no espaço privado da família, onde estão os seus laços mais permanentes de parentesco. A restrição devido à perda de vínculos sociais pode adentrar no espaço íntimo, ou seja, na relação do sujeito com o seu corpo. “A doença vincular familiar faz privado o crime público.” (BERENSTEIN, p. 20, 2002).

A perda do trabalho reorienta as esferas da vida individual (privada), familiar (vincular) e social (pública). Se esta última não sustenta o sujeito, ao desprovê-lo do trabalho e de sua proteção social, será reativada a solidariedade na própria família ou, mais precisamente, no grupo de pertencimento.

*“...não tinha ninguém para me ajudar, mãe, parente nenhum. E o pai dela não prestava. Quando não tava se enchendo de drogas, tava bêbado na cama.”* Informante 3.

*“Quando meu filho voltou pra casa do hospital, eu não tinha mais leite. No começo foi difícil. Os peitos inchados, latejando de leite e eu com raiva dele por isso. Hoje eu sei que ele não tem culpa. Mas, naquela época, lá atrás, fiquei muito sofreda, com raiva.”*  
Informante 7.

*“Tinha medo do que podia acontecer comigo e com mainha. Eu com meu primeiro filho e sem mãe pra ajudar, que tem mais experiência, que sabe das coisas. O pai dos meninos nunca me ajudou muito. Hoje a gente não vive mais. Já faz anos que a gente se separou e que ele nem aparece pra saber dos filhos.”* Informante 10.

Assim, não conseguindo se apoiar na estrutura social e econômica oferecida pelo sistema, no qual se encontram inseridos, restam a esses sujeitos a família ou a si próprios como suporte para viabilizar a sobrevivência deles mesmos.

#### 4.1.2 Dados sócio-econômico-demográficos

**Tabela 11** – Características demográficas dos escolares do Bairro da Paz, 2007.

CARACTERÍSTICA	Masculino	Feminino	Total
<b>Idade</b>			
10 a 13 anos	2	3	5
14 a 17 anos	3	2	5
<b>Sexo</b>	5	5	10
<b>Raça</b>			
Branca	1	2	3
Não-Branca	4	3	7

As características demográficas dos escolares estudados estão apresentadas na Tabela 11, onde identificamos um grupo bem distribuído quanto ao sexo (cinco meninos e cinco meninas); na faixa etária compreendida entre 10 e 17 anos, sendo a maioria deles da raça não-branca, como também foi identificado no estudo quantitativo, onde quase a totalidade da amostra correspondeu a escolares da raça não-branca.

**Tabela 12** – Características demográficas dos responsáveis dos escolares do Bairro da Paz, 2007.

CARACTERÍSTICA	n	
<b>Escolaridade materna</b>	Sem escolaridade	2
	1º grau incompleto	4
	1º grau completo	3

	2º grau completo	1
<b>Renda familiar</b>	Até 1 SM	7
	De 1 a 2 SM	3
<b>Estado civil</b>	Casada	7
	Separada	3

n = número SM = salário mínimo.

Quanto ao nível de escolaridade materna, observa-se um perfil caracterizado, predominantemente, pela baixa instrução, já que duas das mães estudadas não tinham nenhuma escolaridade e quatro delas possuíam apenas o primeiro grau incompleto, o que corresponde a mais da metade da população estudada com características precárias de estudo (Tabela 12). Esses dados se assemelham àqueles encontrados no estudo quantitativo, onde também pudemos identificar uma baixa escolaridade, já que em ambos houve uma predominância da escolaridade materna do primeiro grau incompleto.

No que diz respeito à renda familiar, a que predominou no estudo foi a de até um salário mínimo (SM) em mais da metade da amostra, sendo observada renda familiar de um a dois salários mínimos (1 a 2 SM) em apenas três das entrevistadas (Tabela 12). Correspondendo aos dados encontrados no primeiro estudo, caracterizou uma população de baixa renda e com dificuldade de acesso aos bens de consumo. Quanto ao estado civil, a maioria das entrevistadas é casada, totalizando apenas três mulheres separadas e chefes de família, o que provavelmente, configura nestas últimas uma circunstância de necessidade de uma rede de apoio mais ampliada e fortalecida.

<b>INFORMANTE</b>	<b>GRAVIDEZ PROGRAMADA</b>	<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>AMAMENTAÇÃO / TEMPO</b>	<b>HEREDITARIEDADE</b>
<b>1</b>	Não	Vaginal - a termo	Sim / Até 6 meses	Sim
<b>2</b>	Não	Vaginal - a termo	Sim / Até 8 meses	Sim

3	Não	Vaginal - a termo	Sim / Só 1 mês	Sim
4	Não	Vaginal - a termo	Sim / Até 5 anos	Sim
5	Não	Vaginal - 7 meses (prematureo)	Sim / Até 7 meses	Sim
6	Sim	Vaginal - a termo - baixo peso	Não	Sim
7	Não	Cesáreo - 7 meses (prematureo)	Não	Sim
8	Não	Cesáreo - 7 meses (prematureo)	Sim / Até 2 anos	Sim
9	Não	Vaginal - a termo	Sim / Até 2 anos e 4 meses	Sim
10	Não	Vaginal - a termo	Sim / Até 6 meses	Sim

**Quadro 3** – Características dos escolares e responsáveis do Bairro da Paz, 2007.

Quanto à programação da gravidez, percebe-se que a maioria relata não ter planejado a gravidez e apenas em um único caso a programação ocorreu (Quadro 3), o que mostra uma ausência de planejamento familiar na população em questão. Como se pode observar na fala das seguintes informantes, há uma associação entre a dificuldade de planejamento familiar, e geral, e condições de baixa renda.

*“A senhora já viu pobre se programar pra ter filho. Ele vem e pronto. Quando a gente se apercebe, ele já chegou, ficou e é mais uma boca na mesa.”* Informante 1.

*“E desde quando pobre se programa pra alguma coisa, ainda mais pra engravidar. Pobre não devia ter filho era nenhum.”* Informante 2.

*“Como pode programar filho, quem não tem nada. Só se nunca tiver.”*

Informante 5.

*“Não, aconteceu de planejar nada, não. A dos outros também. Foi tudo sempre assim na minha vida.”* Informante 8.

Os escolares nasceram, na sua grande parte, de parto vaginal (oito dos escolares) e somente em três casos os partos foram prematuros, de sete meses, dos quais dois foram cesarianas (Quadro 3). Este dado confirma Nomura, Alves e Zugaib (2004), segundo o qual nas classes econômicas menos favorecidas, o parto vaginal predomina em uma proporção de 72.3%, quando comparado com o parto cesáreo, o qual ocorre apenas em situações de risco.

Das mães estudadas, quase todas amamentaram os filhos, por um período mínimo de um mês (um único caso) até no máximo dois anos e quatro meses, porém na maioria dos casos por um tempo mínimo de seis meses (Quadro 3). O que favorece uma possível formação do vínculo e contato físico mãe/bebê, além de ter proporcionado um momento de proximidade diária. Essa ligação emocional forte e precoce pode facilitar o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas.

Portanto, referente aos dados sócio-econômico-demográficos, considerados neste estudo como condições antecedentes à primeira crise de asma, observa-se que as crianças que têm crises de asma consideradas muito fortes não se diferenciam do estudo maior quanto à raça, sendo geralmente, de raça branca; baixa escolaridade materna; baixa renda; gravidez não planejada; parto vaginal e aleitamento por longo período.

#### **4.1.3 Hereditariedade**

Identifica-se que, no âmbito da representação da criança portadora de sintomas de asma na família, a hereditariedade parece convocar diretamente um dos pais, de tal forma a transferir de maneira imediata a responsabilidade pela patologia do filho. Neste estudo houve uma afirmação constante desta hereditariedade em todas as entrevistas (Quadro 3).

Em muitos desses relatos, percebeu-se situações onde a competência genética dos pais passa a ser questionada, podendo, algumas vezes, levar a sentimentos de culpa. Segundo Wasserman (1992), em situações de crianças portadoras de doenças crônicas, a auto-estima dos genitores fica diminuída e eles podem até sentir-se defeituosos. Apesar disso, segundo o



mesmo autor, grande parte desses genitores consegue aceitar a situação estabelecendo objetivos e expectativas realistas que levam em conta as limitações da criança.

Nos casos analisados a questão genética estava presente e clara. Como identifica-se nas falas abaixo:

*“Até meus quinze anos cansava e muito, a sensação que eu tinha é que parecia que eu ia morrer, então eu deixei a raiz para elas todas, que dizem que é hereditário, vem de família.”* Informante 1.

*“O pai mesmo não tem asma, mas as irmãs, os irmãos dele tudo tem. Só ele e o caçula é que não tem.”* Informante 2.

*“O vírus passou de mim pra ele quando ele nasceu. Porque a senhora sabe que asma é assim. Passa, é um vírus. Eu tinha muito isso de cansar. A vida toda fui assim, só melhorei depois que casei. Mas, menina só vivia internada, andava em médico, hospital.”* Informante 5.

*“Na minha família tem asma, a minha irmã, a tia dele tem. E a irmã do meu marido também cansa muito e ela só trata com remédio caseiro.”* Informante 6.

*“É, o pai dizia que a mãe dele tinha isso também, problema respiratório.”* Informante 7.

*“... o pai tem esse problema que a senhora falou, da canseira, da asma. Vem da família do pai mesmo, porque o pai não tem, mas os irmãos, dois deles têm.”* Informante 8.

*“Eu também tenho asma desde pequena e até na gravidez eu ainda cansava muito. O peito piava e eu vivia com dificuldade pra arranjar trabalho. Porque sempre tava na emergência.”* Informante 10.

A asma na criança, neste contexto, parece fazer parte de um registro de pertencimento que finda por constituir um caráter simbólico na identificação das relações de parentesco. Ao mesmo tempo, coloca as pessoas envolvidas diante de situações em que estas se sentem responsáveis por buscar soluções para o problema, mas impotentes para tal.

Em condição oposta, podem se identificar situações, nas quais um dos genitores tende a transferir a culpa da doença para o (a) companheiro (a) e/ou para a própria criança, isentando-se de qualquer responsabilidade sobre a afecção do filho, como é percebido nos relatos abaixo:

*“Quem mandou ela sair assim, doente. Não foi a mim que ela puxou. Minha família tem sangue bom. Na família do pai é que tem muita gente doente. Tem parente que até já morreu disso, sufocado.”* Informante 2.

*“De vez em quando meu marido até me chama de mulher bichada. Que passou doença pros filhos. Aí quando ele se chateia não fica junto nem pra ajudar. Acha que não foi culpa dele.”* Informante 5.

Por guardar um caráter hereditário definido, os pais podem ter a sensação de culpabilidade por terem provocado a doença no filho, podendo este sentimento transformar-se em ressentimento dirigido aos familiares, a outros parentes e até a própria criança, prejudicando o relacionamento entre eles. Então, a carga hereditária é confirmada neste estudo, porém sua manifestação aparece acrescida de algo que a vincula a um dos pais e que cria uma dinâmica, não apenas em torno da criança, mas em seu entorno, qual seja, no relacionamento do casal, em primeira instância, e familiar, posteriormente.

## 4.2 MOMENTO ANTERIOR AO APARECIMENTO DA CRISE DE ASMA

Foram identificados como eventos que de alguma forma predisõem ao aparecimento da crise de asma, a separação e morte de familiar, a presença de elementos emocionais – agressividade e medo - como mecanismos desencadeadores da asma e a exposição a alérgenos (fatores ambientais), como alterações climáticas e poeira.

### 4.2.1 Separação e morte

*“Quando o pai dela foi embora de casa, foi a pior crise que ela teve. Passei foi quase dois meses com essa menina internada e ainda depois voltei de novo. Foi um cansaço só. Eu cheia de preocupação, o marido me largando, um filho pequeno em casa. Vida de pobre é miséria pouca. ... Depois dessa crise, ela ainda teve outras, que eram piores quando a gente brigava. Ela me culpava pelo pai ter ido embora de casa, mas a culpa mesmo era dela. Se eu não tivesse filho, tenho pra mim, que nós tava junto até hoje.”* Informante 3.

*“Eu fiquei viúva quando minha menina tinha dois anos e ele quatro. Foi exatamente nessa época que a canseira dele começou. ... As crises dele aparecem quando ele tá preocupado, se chateia ele, quando o pai foi embora foi horrível, uma doideira só. Quando o irmão morreu, que ele tava do lado, então, ele teve uma crise e tanta. Quase não chega pra enterrar o irmão. Quanto mais chorava, parecia que a crise piorava. É assim se eu reclamo ele, pode ver que a crise aparece depois. A mesma coisa é se a irmã se aborrece com ele, também fica danado e cansa.”* Informante 4.

Crises de asma podem ser desencadeadas por uma situação de estresse vinculada a perdas relacionadas à morte, à separação, ao lugar que ocupa na família, à confiança, ou à ameaça de perda devido à doença de familiar próximo (MULLER, 2001). Kilpeläinen et al. (2002) realizaram um estudo com estudantes indicando que jovens com diagnóstico de asma, rinite alérgica e dermatite atópica vivenciam mais situações estressantes na infância, adolescência e quando adultos jovens do que aqueles que não sofrem de tais doenças crônicas. Os dados encontrados – evento de vida e época do diagnóstico – sugerem que eventos estressantes têm impacto na manifestação de asma e dermatite atópica. Foram considerados eventos de vida estressantes, nesta pesquisa, doença severa ou morte de algum membro da família e conflitos pessoais ou com os pais.

Eventos negativos ou positivos, alegres ou tristes, requerem que uma pessoa se adapte às mudanças na busca do equilíbrio (CAPRA, 1995). Entre os fatores estressores mais identificados encontram-se as situações de perdas e separações (BOLWBY, 1973/1998).

Dos estressores mencionados na pesquisa em questão, a separação foi o mais relevante. Nestes casos, observa-se que houve situações de perda que envolveu separação ou morte. A perda de uma figura com a qual o indivíduo desenvolve um comportamento de apego pode trazer repercussões importantes. Azambuja (2000) e Goleman (1997) enfatizam o quanto às perdas podem levar a conseqüências psicológicas importantes que se expressam através de doenças alérgicas, como a asma.

Conforme observado nos dados do presente estudo, o sofrimento pela perda de uma figura considerada importante independe da idade, porém, na infância e, principalmente, na tenra infância, esses efeitos podem ser ainda mais danosos. Portanto, a perda de uma figura considerada de apego e proteção pode gerar grande insegurança e estresse, o qual vivenciado

de forma intensa produz modificações no sistema imunológico, o que pode findar por propiciar o desenvolvimento de alergias, como a asma.

#### **4.2.2 Elementos emocionais imediatos à eclosão da crise**

Elementos emocionais, associados à agressividade, sofrida e/ou percebida, e à ansiedade, aparecem como mecanismos desencadeadores das crises de asma, conforme relatos das mães entrevistadas:

*“De todas, ela era a pior, se tomava um sorvete, de noite ela tava morrendo. Qualquer poeira, vento forte, até aporrinhção, alguma briga que ela via, era motivo pra ficar muito mal.”* Informante 1.

*“...sei que quando eu e o pai dela a gente discutia, ela ficava nervosa e a crise atacava. Da última vez que ela teve a crise foi assim mesmo. Ele tinha bebido muito e chegado em casa tarde. Só tinha eu acordada e o pai começou a dizer desaforo pra mim, e ele que tava errado. Aí só ela acordou e começou a cansar.”* Informante 2.

*“... se brigar com ele, ele fica triste, às vezes, cansa. Quando o irmão brigou aqui em casa, com um rapaz que era colega deles, ele não conseguiu nem ajudar porque começou a sentir essa falta de ar, um cansaço danado.”* Informante 5.

*“Quando ele fica nervoso, se chateia, ele começa a canseira. Se brigar, também.”* Informante 7.

*“...às vezes as crises apareciam quando tinha alguma discussão, aporrinhção, mas depois passava. Ele ficava nervoso, brigava, mas deixava de lado, mas aí a crise vinha outra vez.”* Informante 8.

*“... acontece também de se brigar com ela ou uma vez mesmo ela viu o pai brigar sério com um irmão dele, que é o padrinho dela, e ela começou a dizer que estava sufocada, com falta de ar.”* Informante 9.

Esses relatos enfatizam o aparecimento da crise em situações de brigas, ou seja, a agressividade e a ansiedade dela resultante, podendo ser considerados estressores.

Referente à relação entre questões emocionais e asma, Calam et al. (2003) investigaram as relações entre fatores psicológicos e o aparecimento de sintomas respiratórios em uma coorte prospectiva com 663 participantes. Os autores concluíram que crianças com história familiar de asma ou doenças alérgicas estão mais vulneráveis a desenvolverem distúrbios de comportamento e a desencadear os sintomas quando expostas a questões emocionais. Igualmente, Peçanha (1997), em estudo sobre a reciprocidade de desenvolvimento entre a criança com asma e sua família, verificou que as crianças com asma apresentaram muitos problemas na área do comportamento e dificuldades emocionais para vivenciar determinadas situações em suas famílias, quando comparadas às crianças sem problemas de saúde.

A infância é o período da vida em que as pessoas sentem mais intensamente os agentes estressores por não possuírem ainda capacidade de fazerem opções para neutralizar as tensões e por serem inteiramente dependentes dos adultos que as cercam. Geralmente, esses adultos são poderosos agentes de tensões dos mais diversos tipos, embora a criança tenha mecanismos inconscientes de adaptação poderosos, que garantem sua sobrevivência e que são geralmente expressos através de sintomas.

Nos relatos supra citados, pode-se obter descrições de algumas situações estressantes pelas quais esses escolares passaram ainda enquanto crianças, as quais findaram, muitas vezes, a serem traduzidas em crises de asma. Estudos evidenciam que fatores psicossociais, como distúrbios na interação familiar e estresse proporcionado pelos cuidadores podem afetar a criança como um preditor de doenças respiratórias (WRIGHT et al., 2004; MRAZEK et al., 1991; JACKSON et al., 2004).

O estresse influencia o desenvolvimento da doença. A resposta ao estresse é dada através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, num processo de alteração e recuperação do equilíbrio do organismo. Somente quando não há adaptação adequada ao estresse é que se desenvolve a doença. O fenômeno do estresse surge pelo desequilíbrio em resposta a influências ambientais; porém, no organismo saudável, muitos são os fatores externos e internos que conspiram para que todo o sistema restabeleça sua harmonia e flexibilidade.

Szwec (1993) observou em escolares com asma a existência de uma hipersensibilidade aos traumas e conflitos. Em muitos deles, encontrou entraves na

organização psíquica, sendo que a crise surgia como resposta a uma situação de conflito. A partir do momento em que os fatores psicológicos podem precipitar ou exacerbar os sintomas asmáticos, um ciclo vicioso pode ocorrer, no qual a asma contribui para o desenvolvimento de problemas de comportamento que, por sua vez podem ativar ou aumentar sintomas asmáticos (LEHRER, ISENBERG e HOCHRON, 1993; WARREN RICHARDS, 1994). Semelhantemente, McQuaid, Kopel e Nassau (2001), em uma meta-análise envolvendo 5000 crianças com asma, relataram que o nível de dificuldades de comportamento é maior em asmáticos quando comparados com crianças saudáveis. Weil et al. (1999) concluíram que, em crianças asmáticas, os problemas de comportamento estão associados a uma maior frequência de dispnéia.

Segundo Klinnert, Mrazek e Mrazek (1994), as crianças cujos pais experienciam eventos de vida estressantes, mas são capazes de controlar suas respostas e manter um ambiente familiar positivo, apresentam experiências emocionais diferentes daquelas cujos pais não são capazes de lidar com este tipo de situação. Assim, no referente à eclosão da asma, encontramos que elementos emocionais, como agressividade e ansiedade, são estressores que favorecem o aparecimento das crises de asma tanto quando sentidos pela criança, quando percebidos pelos familiares.

#### **4.2.3 Exposição a alérgenos**

Dentro de uma outra ordem de fenômeno, a exposição a alérgenos como fator desencadeante da crise pode ser observada em nove informantes:

*“Fiquei com ela internada dois dias no Hospital Menandro de Farias. Ela cansando, no soro, remédio vai, remédio vem, até que melhorou um pouco. Aí trouxe ela pra casa, mas era mudar o tempo que tudo começava de novo. Um inferno, a senhora sabe o que é um inferno. Vixe! Mas agora vem esse tempo frio e vai começar tudo de novo. E só piora a situação de noite, tudo de noite”* Informante 1.

*“Até uma vez que meu irmão mais velho ficou doente e nós teve que viajar pra São Paulo, ela tinha uns dois anos. Ela se internou por uns quinze dias. Não pude nem cuidar de meu irmão, fiquei foi com ela presa dentro do hospital. Isso porque lá estava um gelo. Foi por isso que o médico disse que o peito dela parecia um galinheiro. Ele me mandou voltar lá*

*depois, mas ficou difícil e eu não tinha mais dinheiro e tive que voltar pra casa.”* Informante 2.

*“É só o tempo mudar que ela começa a canseira. Nós tudo aqui já sabe quando vem tempo frio.”* Informante 3.

*“É o tempo mudar, começa, tomar frieira, gelado, essas coisas que eu disse.”* Informante 4.

*“É a chuva cair, o vento ventar que começa. Já fico imaginando mês de chuva, que a frieira ataca. Ele não agüenta. E não é fácil.”* Informante 5.

*“Era só tomar chuva, o tempo mudar, beber gelado, porque ela adorava ficar com gelo na boca. Depois ficava aí cansando de um lado pro outro. No piso eu passava cera vermelha, a senhora sabe qual é? Tem um cheiro forte. Era só botar, que ela começava. Já sabia, mas num havia jeito.”* Informante 6.

*“...não pode tomar chuva, muita poeira da rua. Quando começa a frieira, ele já sabe, a canseira começa junto.”* Informante 7.

*“O pior de tudo era o tempo. Se esfriava ele começava a piar. A senhora sabe como é o peito cheio de piado e ele dizendo que não conseguia respirar, que ia morrer.”* Informante 8.

*“Algumas horas a crise aparece é pelo tempo. É só esfriar que ela começa. Se tiver obra por aqui na redondeza também, ela fica num cansaço só.”* Informante 9.

Até meados da década de 70, os alérgenos eram considerados meros desencadeantes de crises de asma em indivíduos cujos pulmões fossem "geneticamente irritáveis". Mais recentemente, entretanto, a "exposição alérgênica" no desenvolvimento da asma tornou-se melhor definida e acredita-se que exerça basicamente três funções: primeira, a exposição a determinado(s) alérgeno(s), principalmente no início da vida, faz com que indivíduos geneticamente susceptíveis desenvolvam hipersensibilidade; segunda, nesses indivíduos, a exposição contínua ao(s) alérgeno(s) aumenta o risco de desenvolvimento de hiper-reatividade brônquica e, por último, a maioria dos indivíduos com hiper-reatividade brônquica manifesta crises repetidas de obstrução ao fluxo aéreo que podem ser

desencadeadas por vários fatores que incluem, além dos alérgenos, o ar frio, a fumaça do tabaco, o estresse, dentre outros.

Portanto, o papel dos alérgenos na asma compreende três fases: sensibilização, desenvolvimento de hiper-reatividade brônquica e desencadeamento de crises. Acredita-se que a sensibilização e o desenvolvimento de hiper-reatividade brônquica sejam influenciados por controles genéticos distintos. Além disso, os níveis de exposição que são críticos para o desenvolvimento de cada um desses eventos e da asma devem ser completamente diferentes.

#### 4.3 MOMENTO POSTERIOR À CRISE DE ASMA

Neste item, vamos apresentar os dados referentes às conseqüências das crises de asma em relação ao contexto de vida do escolar e da família.

##### 4.3.1 O olhar da família

A problemática vivenciada pela pessoa com doença crônica, no caso específico, a asma, pode levar, em determinadas situações, ao isolamento social, a um aumento da depressão e diminuição das expectativas de melhora, contribuindo para um sentimento de desesperança e solidão, os quais podem se associar aos aspectos referentes à recreação e lazer. No caso dos escolares, a maneira com que os familiares lidam com os aspectos limitantes da doença reafirma a forma com que estes escolares vivenciam esta situação.

*“Ela melhorou, mas antes não dormia fora de casa, porque ela dizia que tinha medo de cansar e morrer. E eu nunca menti pra ela, dizia que ela podia morrer mesmo. Não viajava sem mim, não conseguia brincar de correr muito, nem tomar gelado, tomar chuva, essas coisas. Ah, quando mudava o tempo também já sabia.”* Informante 2.

*“Ela nunca pode fazer muita brincadeira de correr, jogar, os meninos brincavam aí na rua e ela não. Não pode tomar gelado, bulir com água fria, sereno, isso sempre fez mal pra ela. Mas agora ela é grande e tem que se cuidar.”* Informante 3.

*“Por ele mesmo, não jogava bola na rua com os amigos porque cansava, e até hoje é assim. Ele não pode jogar bola, que já chega cansando. Ele perde escola porque tá internado no hospital, atrasa os estudos. Tomar chuva ou tomar gelado também.”* Informante 4.



*“Continua perdendo a escola, vai hoje, amanhã não vai porque tá no hospital, não pode jogar bola com os amigos, nem viajar que ele tem medo de ficar sem a gente e ninguém saber o que fazer com ele.”* Informante 4.

*“Às vezes até pra subir essa escadaria ele cansa. Não toma gelado porque eu não deixo, não pode tomar chuva, muita poeira da rua. Quando começa a frieira, ele já sabe, a canseira começa. Na escola, ele não aprende nada. Tô esperando o médico dizer o que é que ele tem, deve ser problema na cabeça.”* Informante 7.

*“Qualquer esforço que ele faça, parece que os bofe vão sair tudinho de dentro dele.”* Informante 8.

Estes relatos enfatizam as restrições a que a criança fica sujeita que incidem sobre a sociabilidade, sobre o medo de se expor e ao apego ansioso. O olhar da família para estes escolares compromete além da esfera biológica, as diferentes formas do próprio estilo de vida das pessoas acometidas, do seu grupo familiar e social. A negatividade no ambiente familiar pode contribuir para a severidade da asma (HERMANNNS et al., 1989; SCHOBINGER et al., 1992; WALMBOLDT et al., 1995). Ortiz et al. (2005) realizaram um estudo sobre a influência de fatores psicológicos e sociais em 50 pares de crianças e adolescentes asmáticos e seus familiares e observaram que a ansiedade, entre outros estressores psicológicos, foi o mais prevalente nas crianças (92%). As atividades diárias, como brincadeiras (58%) e exercícios (60%) foram seriamente afetadas. Além disso, identificaram que as crianças que receberam menor suporte familiar tiveram asma severa persistente, com um índice superior a 20%, concluindo que as emoções negativas e as atitudes desfavoráveis dos pais influenciaram na gravidade dos sintomas e nas limitações das atividades diárias das crianças e dos adolescentes portadores de asma.

#### **4.3.2 Relação da família com a criança asmática: sacrifícios, renúncias**

No que concerne à relação da família com uma criança portadora de doença crônica, é comum que os pais apresentem dificuldades em lidar com o seu filho. Tais complicações podem ser expressas através de comportamentos de extrema preocupação (BRADFORD, 1997), de irresponsividade às reais necessidades da criança (LEITCH, 1999), de super-proteção (BRADFORD, 1997; SABBETH, 1984) ou ainda de negligência, quando

os pais procuram evitar o envolvimento com a criança por medo de que ela possa vir a morrer precocemente (SABBETH, 1984).

Em um estudo qualitativo, realizado por Dalheim Englund, Rydstrom e Norberg (2001), foi constatado que as famílias com crianças com asma têm uma vida que exige renúncia e sacrifício. As mães agem, geralmente, de maneira protetora e expressam sentimentos de tristeza, enquanto que os pais agem de forma liberal e manifestam sentimentos de aceitação, resignação.

Neste estudo percebe-se em diferentes momentos relatos claros das mães sobre super-proteção destes escolares. Como se evidencia nas falas seguintes:

*“Eu precisava ter muito mais cuidado com ela do que com as outras. Aí eu não dava mais banho frio, não deixava comer gelo de jeito nenhum, porque era só colocar gelo na boca, que já sabia. Eu e meu marido, a gente ficava doidinho. Nem deixava ela dormir na casa dos parentes. Tinha medo que minha filha morresse lá, na casa dos outros. Era tanto, que ela também foi ficando, foi ficando cada vez pior, com mais medo.”* Informante 1.

*“Nessa época, o pai dele foi embora, então foi tudo de vez. Precisei cuidar mais dele, do que dos outros, dar mais atenção, amor mesmo.”* Informante 4.

*“Aí aumento os cuidados só pra ele e os outros reclamam. Até implicam com ele, pois acham que ele inventa as crises. Como se alguém gostasse de ficar doente.”* Informante 5.

*“Eu digo que ele sempre foi diferente. Desde o tempo da barriga. Nasceu muito pequeno e quase morreu. O médico disse pra mim e pro pai que ele não ia vingar, pra gente se preparar. Aí eu sempre cuidei mais dele, porque ele precisava. E até hoje é o mais doente. Os outros também ficam doentes, mas é vez sim, vez não. E ele coitado é sempre com essa canseira. É cada susto que dá na gente. Por isso trato dele com mais cuidado mesmo.”* Informante 8.

*“Sempre tive muito mais cuidado com ela, até mais do que com a outra. Primeira filha também, é assim mesmo, a gente se apega mais e ela precisava de mais amor mesmo, atenção.”* Informante 9.

A doença crônica interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo; enquanto crianças, estas interferências são sentidas pelos seus responsáveis, e na vida adulta pelos próprios indivíduos portadores da afecção. Ao mesmo tempo, as pessoas com doença crônica passam também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária.

Portanto, a família desses indivíduos, portadores de asma, também é forçada, muitas vezes, a realizar sacrifícios e renúncias, que findam por provocar repercussões na vida dos mesmos, principalmente na vida materna, como confirma estudo realizado por Silver e Bauman (1995), no qual observaram que, geralmente, as mães de crianças asmáticas se envolvem mais no processo de tratamento indo com mais frequência ao hospital e interagindo com a equipe de profissionais que tratam da criança. Igualmente, estudo de Pelletier et al. (1994) mostrou que em cada dez visitas à criança doente no hospital, em média as mães a acompanharam em oito. Pode-se observar este fardo maior, nos relatos das seguintes entrevistadas:

*“Era um trabalho danado. Tanta criança pra cuidar e ainda menino doente. Como é que eu ia trabalhar?”* Informante 1.

*“Não podia trabalhar e o pai não prestava de nada, nada. Pedia ajuda aos vizinhos, porque meus parentes nem são daqui e não tinha ninguém. Éta fase dura.”* Informante 3.

*“Mas, é sempre um Deus nos acuda. A menina liga pro meu trabalho, aí eu fico nervosa, não consigo mais trabalhar. Meu patrão acaba de cara feia pro meu lado.”* Informante 4.

*“Com filho doente eu não podia trabalhar, ficava em casa cuidando dela.”* Informante 6.

*“Fui de madrugada com ele pro hospital e só voltamos no outro dia já claro, de manhã cedo. Aí ainda me perguntam por que eu não trabalho. Acham que eu sou vagabunda, mas só eu sei o que eu passo.”* Informante 7.

*“Quando ele tava com crise, as meninas me ligavam no trabalho e eu voltava correndo. Largava tudo e não queria conta com patrão. Se perdesse o emprego, tinha que correr atrás de outro.”* Informante 8.

*“Nunca trabalhei para cuidar delas. Só hoje que ela tá com dez e menor com sete anos que comecei a fazer um serviço vez ou outra. Mas, antes eu só cuidava delas. Mas, depois que o pai delas foi embora, não deu mais, precisei ir trabalhar.”* Informante 9.

Portanto, existem outros fatores além da saúde física do indivíduo portador de sintomas de asma que podem influenciar a vida e o comportamento dos familiares, como o funcionamento e a estrutura familiar, a rede de apoio disponível, as oportunidades limitadas de trabalho e de socialização, a dependência aumentada, o que resulta em uma necessidade de adaptação a uma situação difícil de enfrentar.

### **4.3.3 A assistência à saúde**

Kleinman, (1980) sugeriu que, ao se olhar para uma sociedade complexa, é possível identificar três setores sobrepostos e interligados da assistência à saúde: o setor informal, o setor popular e o setor profissional. Cada setor tem suas próprias formas de explicar e de tratar a falta de saúde, sendo que o primeiro consta do domínio leigo, não profissional e não especializado da sociedade, em que primeiramente se reconhece e se define a falta de saúde e onde são iniciadas as atividades de cuidado à saúde. Nele, a principal arena da assistência à saúde é a família.

#### **4.3.3.1 Rede familiar**

A maior parte da assistência à saúde no setor informal se dá entre pessoas que já estão ligadas entre si por laços de família, mas também por amizade ou vizinhança ou pelo pertencimento a organizações religiosas ou profissionais. Neste estudo, pode-se evidenciar uma rede de apoio de assistência à saúde muito precária, o que finda por dificultar o andamento dos cuidados para a estrutura familiar. Isso é notado nas falas das seguintes entrevistadas:

*“Na época não tinha ninguém para me ajudar, mãe, parente nenhum. E o pai dela não prestava. Quando não tava se enchendo de drogas, tava bêbado na cama.”* Informante 3.

*“Nessa hora ninguém aparece. Vizinho só chega quando interessa, que é na hora da boia. Para ajudar ninguém quer não, cuidar dos filhos dos outros, ainda mais doente, piorou ainda mais.”* Informante 5.

*“Mãe criar filho só, é muita responsabilidade. Eu sou só aqui. Meus parentes é tudo do sertão. Sou só eu e elas.”* Informante 9.

Na família, conforme aponta Helman, (2003), as mulheres são as principais provedoras de serviços de saúde, normalmente as mães ou as avós, que percebem a maior parte das enfermidades comuns e as tratam com os materiais disponíveis. Estima-se que em torno de 70 a 90% da assistência a saúde concretizem-se nesse setor, tanto nas sociedades ocidentais como nas não-ocidentais. Os cuidados maternos englobam desde pequenas medidas preventivas, até cuidados mais extensos vistos, por exemplo, quando há necessidade de internação. Nesse estudo isso pode ser observado claramente.

*“Tomei mais cuidado com ela, tirava da terra, do vento, do sereno, de água, principalmente, gelo, cortei tudo, até que graças a Deus, recuperou.”* Informante 1.

*“Ah, essa menina já me deu muito trabalho. Até uma vez que meu irmão mais velho ficou doente e nós teve que viajar pra São Paulo, ela tinha uns dois anos. Ela se internou por uns quinze dias lá. Não pude nem cuidar de meu irmão, fiquei foi com ela presa dentro do hospital.”* Informante 2.

*“A primeira vez ficou internada foi por quase um mês todinho. Só eu e ela. Foi difícil. Depois sempre era uma coisa e outra.”* Informante 3.

*“Tomei mais cuidado, não dava mais água gelada, banho frio, tirei muita coisa de dentro de casa. Tapete velho. Ele não podia ficar fora de casa brincando com as outras crianças, porque de noite começava a canseira. No começo ele desobedecia, e ia. Depois ele mesmo foi vendo que ficava doente e deixou de ir. Nem desobedecia mais.”* Informante 5.

*“Tirei todo tapete da casa, por causa da poeira, passei a cuidar muito mais dela. Não deixava tomar chuva, comer gelado, ela adorava ficar com gelo na boca. Depois ficava aí cansando de um lado pro outro. No piso eu passava cera vermelha, a senhora sabe qual é? Tem um cheiro forte. Era só botar, que ela começava. Já sabia.”* Informante 6.

*“Cuidei dele só depois que ele ficou no hospital. Aí quando nós voltamos pra casa, era só eu e ele. O pai quase não foi pro hospital. E olhe que ficamos uns seis dias presos lá.”* Informante 7.

*“Não deixava ele mexer em água, mas não adiantava, porque eu saía para trabalhar e ele ficava sozinho em casa. Dizia que não podia tomar gelado, ficar sem camisa fora de casa, mas ele sempre foi teimoso. A senhora pensa que ele obedecia. Eu explicava, o pai também, mas não tinha jeito que consertasse esse menino. O pior de tudo era o tempo. Se esfriava ele começava a piar e no final sempre sobrava pra mim o cuidado dele.”* Informante 8.

Estes relatos retratam as dificuldades pelas quais passam os familiares da criança asmática, ressaltando a importância da figura materna em seu esforço para corresponder ao que é esperado e/ou exigido dela, por ela própria e/ou pela sociedade.

#### 4.3.3.2 O sistema de saúde e o Bairro da Paz

O setor popular é aquele que corresponde a uma posição intermediária entre o setor informal e o profissional, ou seja, o que envolve certos indivíduos que se especializam em formas de cura sagradas ou seculares ou em uma mistura de ambas, que não pertencem ao sistema de saúde oficial. Já o setor profissional compreende as profissões do tratamento de saúde que são organizadas e sancionadas legalmente, como é o caso da medicina e também as profissões paramédicas.

Os serviços de saúde são somente um entre os vários fatores que afetam as condições de saúde da população. Nesta pesquisa, em decorrência do local estudado, fica evidente a distribuição desigual dos recursos de saúde entre a população, separando ainda mais aqueles que têm condições de arcar com os custos da assistência médica plena e aqueles que não têm essas mesmas condições, o que finda por gerar grande insatisfação desta parcela da população. Somado a este fator crítico do sistema da saúde, temos uma outra questão social que é a localidade do Bairro da Paz, onde a desigualdade social vigente favorece a pobreza urbana e incita para situações de conflitos sociais, gerando uma atmosfera de insegurança e violência local. Essas questões ficam marcadas nos relatos das mães que vivenciam isto diariamente:

*“Aqui no Bairro da Paz é tudo muito perigoso, e piora ainda mais de noite. Não tem transporte, a gente tem que se virar. Pede ajuda a um aqui, socorro para o outro ali, e é assim que a gente chega lá. Já passei muito sofrimento nessa vida.”* Informante 1.

*“Era um horror. Não tinha carro, pra levar, nós não tinha dinheiro pra pagar o táxi e era uma dor de cabeça danada.”* Informante 1.

*“Porque aqui é onde eu moro, mas nunca tive trabalho aqui, não. Pra trabalhar tenho que ir pra roça. A senhora sabe que trabalho é coisa muito difícil, pra poucos.”* Informante 2.

*“É dona, pobre não tem vida tranqüila, não. Mas, as outras foram mais fáceis porque ele tava com trabalho e aí ocupava a mente.”* Informante 2.

*“Ele chegou da escola e tava sentado na calçada aqui de casa mesmo, quando passou um marginal e entrou no bar da frente. Quando ele entrou começou a atirar pra tudo que era lado, quando meu filho viu, o mais velho já tinha caído e tava todo de sangue. Foi bala perdida. Esse Bairro da Paz não é lugar pra gente direita. Criar filho aqui é muito difícil. Todo dia eu saio pra trabalhar e vou pedindo a Deus que quando eu voltar meus filhos estejam em paz. Porque Bairro da Paz é só no nome. Aqui só tem miséria. Hoje morre seu filho, amanhã o amigo, o vizinho. Direito, mesmo, não fica um. Como é que dá exemplo pros filhos? Por mim eu ia embora, mas pra onde?”* Informante 4.

*“Fiquei com ele a noite toda na emergência e de manhã mandaram a gente pra casa, porque não tinha vaga pra ele, não. Mas, ele não tinha condição de sair dali, porque ele não tava melhor nem nada. Aí de tarde, já tava nós lá de novo no hospital. Aí foi outra médica, que até veio trabalhar aqui no posto um tempo, mas saiu. Uma pena, porque essa é boa. Internou meu filho e disse que não devia nada de ir pra casa. Fiquei umas duas semanas inteirinha ali. Vi foi miséria e até hoje quando ele interna fico vendo um tanto de coisa medonha.”* Informante 5.

*“Até levar pro posto é difícil. Lá não tem nada de nada. Vai pro hospital, mas não tem transporte. Não é toda hora que pode andar por aqui. É muito violento. Aí escolhe morrer em casa ou na rua. Isso é o que ele diz, quando eu mando ele ir logo no hospital. Também quando chega lá nem sempre tem as coisas que precisa. Falta tudo. Mas quando o*

*cansaço aumenta mais, ele mesmo toma a decisão e vai assim mesmo. Não espera.”*  
Informante 5.

*“Não tinha carro, tive que acordar um rapaz, conhecido daqui pra levar eu mais ele. O pai ficou olhando as meninas, porque elas eram muito pequenas ainda e não podia deixar sozinha.”* Informante 8.

*“Pobre não pode mudar muita coisa. O médico diz, ele não pode tomar poeira, mas a rua é cheia de poeira. Ele diz que não pode ter tapete, mas se o chão é de terra batido, não pode ficar sem tapete. Diga aí como é que muda? Não muda.”* Informante 10.

Estes elementos fortalecem a nossa percepção quanto à situação de exclusão social vivenciada por esta comunidade, com serviços de qualidade precária, sem privilégios. Portanto, a concentração populacional nas grandes cidades, a reestruturação do setor industrial e o pequeno crescimento econômico são fatores que estão criando um novo elenco de carências e problemas, relacionados ao desemprego, à desorganização e violência urbanas, à insegurança pessoal e à ineficiência de alguns serviços públicos, como na área da saúde pública, que finda por interferir de forma direta e abrupta na família. Isto, combinado com a insatisfação crescente com a lentidão dos processos em outros setores, cria uma situação difícil, em que a distinção entre os que são excluídos porque perderam o que tinham, ou porque nunca tiveram, começa a perder sentido. A questão social no Bairro da Paz é só um retrato desta situação, onde o acesso aos serviços é cada vez mais raro e a família acaba por ser a entidade que, de alguma forma, apóia e mantém o sujeito.



## 5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que, na população de escolares do Bairro da Paz, a prevalência de asma e sintomas a ela relacionados correspondeu às faixas mais elevadas, observadas nos estudos de prevalência de asma no Estado da Bahia e no restante do país. Sugere-se que, assim como ocorreu em outros estudos no Brasil, na comunidade estudada, a asma brônquica é subdiagnosticada na população infantil, uma vez que os valores de asma ativa são significativamente superiores aos de asma diagnosticada.

Estes valores elevados de prevalência devem ser considerados indicadores para implementação de programas destinados a melhorar a educação, o diagnóstico e o tratamento da asma brônquica na população do referido Bairro. Além disso, chama-se a atenção para o fato de que a comunidade do Bairro da Paz necessita de melhorias urbanas, como saneamento e pavimentação de ruas, pois os indicadores sócios econômicos desfavoráveis, acompanhados de baixos índices de escolaridade observados na população estudada, não podem ser agravados pelas precárias condições de infra-estrutura urbana que atualmente é oferecida a esta população. A ocorrência de prevalência de sintomas de asma elevados neste contexto parece ser apenas um reflexo de que estas condições sempre irão representar riscos à saúde da coletividade.

Porém, os aspectos abordados neste estudo nos chamam a atenção para a falta de um marcador biológico ou fisiológico exclusivo da asma, ou ainda para a falta de especificidade dos sintomas de asma, além da variabilidade de expressão clínica desta doença, o que torna imprescindível a percepção de outros aspectos associados à asma, já que as definições da mesma por si só são insatisfatórias.

Observou-se a influência da dinâmica familiar na percepção, no tratamento, na condução e no aparecimento de sintomas de asma, possibilitando um maior entendimento das relações que se estabelecem entre o escolar portador de sintomas de asma e os seus familiares nesta comunidade carente, seja a influência que ocorre anterior à apresentação da crise asmática, ou após a apresentação da mesma.

Pode-se concluir a respeito do momento anterior à primeira crise de asma que nossos achados confirmam todas as teorias expostas no início deste trabalho: a influência genética (hereditariedade), emocional (sentimentos maternos no momento de nascimento) e

ambiental (dados sócio-econômico-demográficos). O que as mães relatam vividamente, colore o que a ciência afirma.

Este estudo acrescenta, em relação aos demais, haver uma conjuntura em torno da criança asmática que a particulariza, a torna “especial”, – o que não quer dizer privilegiada – apenas que os fatores predisponentes encontram um ambiente social e material também predisponente que incidem no vínculo mãe/bebê desde os primeiros momentos. Esta incidência é a sua particularidade e os eventos que se seguem, nos casos estudados, favorecem a sua afirmação e não o desaparecimento do sintoma da asma.

Entende-se também haver a ocorrência de “facilitadores” de longo termo como a hereditariedade, a situação sócio-educativa dos pais, o momento em que a criança é gerada e fatores mais imediatos de predisposição à crise, aí incluídos: separação e morte; agressividade; medo; ansiedade; ódio, assim como a exposição a alérgenos. Isto torna imprescindível identificar a participação efetiva da família, desde o início da vida, favorecendo a criação e o fortalecimento do vínculo.

Uma vez ocorrida a crise de asma, contudo, esses elementos se cristalizam em um sistema de cuidados que afeta a criança e a família. Esse sistema inclui a organização familiar em torno do asmático, a organização social em torno da família e a organização do sistema de saúde. Com isso, é possível perceber que o sucesso do tratamento do asmático depende não só da criança, mas também do grupo familiar e do setor de saúde. Portanto, o papel da equipe de saúde pode ser aprimorado por meio do conhecimento da família, do planejamento em conjunto da organização necessária para que a criança receba o cuidado apropriado, evitando uma futura crise asmática. Como profissionais envolvidos com a assistência à saúde, é de fundamental importância a consideração de que a doença seja ela aguda ou crônica, é uma experiência bastante complexa e individualizada.

Esse estudo não coloca em questão ou reafirma a utilidade do tratamento de fundo proposto pelo modelo médico, mas assegura a influência e a importância que deve ser dada aos mecanismos etiopatogênicos de natureza psicológica, subjacentes à própria descompensação somática, já que foi observado um alto grau de associação entre alterações na saúde e eventos de ciclo de vida familiar.

Resgatar e compreender as histórias familiares apontou para a perspectiva de perceber o significado do escolar portador de sintomas de asma dentro do contexto familiar, no qual o simbolismo eventual que a asma encerra na história do escolar torna-se concreta para uma determinada família. Os relatos revelaram uma estrutura interna em que se destacam os fatos testemunhados e descritos por mães, o que traduz a dimensão profundamente familiar e maternal na significação deste escolar.

Percebe-se que o nosso organismo não está separado de nossas experiências e que aquilo que vivemos, nossos pensamentos, sentimentos, necessidades e crenças tem uma repercussão no funcionamento de nosso corpo. Portanto, a atenção deve se dirigir ao todo e ele deve ser compreendido como um sistema interligado. O que ora acontece depende daquilo que um dia aconteceu e determina o que está por vir. No caso dos escolares portadores de sintomas de asma, o significado assumido pelas famílias deixou explícita a relação direta com a vivência anterior à enfermidade.

Portanto, a asma não é, por si só, uma doença mórbida, mas uma enfermidade viva capaz de fazer vir à tona a grande angústia da humanidade – a morte.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMSON, H.A., PESHKIN, M.M. Group psychoterapy of the parents of intractable asthmatic children. *J Child Asthma Res Inst Hosp Denver*, p.77-91, 1961.
- ALCÂNTARA, D.M.; SILVERA, R. *Da Malvinas ao Bairro da Paz - história de uma luta pela função habitacional do território urbano*. Salvador: Comunicação Social – Jornalismo Faculdade de Comunicação - UFBA, 2005.
- AZAMBUJA, R. Dermatologia integrativa: A pele em novo contexto. *Revista Brasileira de Dermatologia*, v. 75, n. 4, p. 393-420, 2000.
- BEASLEY, R.; CRANE, J.; LAI, C.K.; PEARCE, N. Prevalence and etiology of asthma. *J Allergy Clin Immunol*, v.105, p. 466-472, 2000.
- BENNET, D.S. Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. Special Issue: Chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 19, p.149-169, 1994.
- BERENSTEIN, I. Problemas familiares contemporâneos o situaciones familiares actuales invariância y novedad. *Psicologia USP*, v. 13, n. 2, p. 15-25, 2002.
- BLOOMBERG, G.R.; CHEN, E. The relationship of psychologic stress with childhood asthma. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, v. 25, n. 1, p. 83-105, 2005.
- BOECHAT, J. L.; RIOS, J. L.; SANT'ANNA, C. C.; FRANÇA, A. T. Prevalence and severity of asthma symptoms in school-age children in the city of Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil. *J. Bras. Pneumol*, v. 31, n. 2, p. 111-117, 2005.
- BOLWBY, J. *Apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Original publicado em 1969).
- BOLWBY, J. *Separação: angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Original publicado em 1973).
- BOLWBY, J. *Perda, tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Original publicado em 1980).
- BOTURA JÚNIOR, W. Sobre a auto-estima da criança. *Pediatria Moderna*, v. 34, n. 6, 1998.
- BRABACK, L.; HJERN, A.; RASMUSSEN, F. Social class in asthma and allergic rhinitis: a national cohort study over three decades. *Eur Respir J*, v. 26, n. 6, p.1064-1068, 2005.
- BRADFORD, R. *Children, families and chronic disease*. London: Routledge, 1999.
- BRADFORD, R. *Children, families and chronic diseases*. Londres: Routledge, 1997.
- BRAUN-FAHRLANDER, C.; GASSNER, M.; GRIZE, L.; MINDER, C.E.; VARONIER, H.S.; VUILLE, J.C.; WUTHRICH, B.; SENNHAUSER, F.H. Comparison of responses to an asthma symptom questionnaire (ISAAC core questions) completed by adolescents and their

parents. SCARPOL-Team. Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with respect to Air Pollution. *Pediatr Pulmonol*, v. 25, n. 3, p. 159-166, 1998.

BRITTO, M.C., BEZERRA, P.G., BRITO, R.C., REGO, J.C., BURITY, E.F. e ALVES, J.G. Asma em escolares do Recife - comparação de prevalências: 1994-95 e 2002. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 391-400, 2004.

BURKE, P. e ELLIOTT, M. Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Psychosomatics*, v. 40, n. 1, p. 243-249, 1999.

BUSSE, W.W., KIECOLT-GLASER, J.K., COE, C., MARTIN, R.J., WEISS, S.T., PARKER, S.R. Stress and asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, v.151, n. 1, p. 249-252, 1995.

CABRAL, A.L.B.; TEIXEIRA, R. *Vencendo a asma – Uma Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo, 1994.

CALAM, R.; GREGG, L.; SIMPSON, B.; MORRIS, J.; WOODCOCK, A.; CUSTOVIC, A. Childhood asthma, behavior problems, and family functioning. *J Allergy Clin Immunol*, v. 112, n. 3, p. 499-504, 2003.

CAMELO-NUNES, I.C.; WANDALSEN, G.F.; MELO, K.C.; NASPITZ, C.K.; SOLE, D. Prevalência de asma e de sintomas relacionados entre escolares de São Paulo, Brasil: 1996 a 1999. Estudo da reatividade brônquica entre adolescentes asmáticos e não asmáticos. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) *Rev Bras Alerg Immunopatol*, v. 24, p. 77-89, 2001.

CAMPOS, C.E. Health surveys from a planning perspective. *Cad Saúde Pública*, v. 9, n. 2, p. 1900-2000, 1993.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1995.

CARR, R.E. Panic disorder and asthma: causes, effects and research implications. *J Psychosom Res*, v. 44, n. 1, p. 43-52, 1998.

CASSOL, V.E.; SOLE, D.; MENNA-BARRETO, S.S.; TECHE, S.P.; RIZZATO, T.M.; MALDONADO, M.; CENTENARO, D.F.; MORAES, E.Z.P. Prevalência de asma em adolescentes urbanos de Santa Maria (RS). Projeto ISAAC - International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *J Pneumol*, v. 31, p. 191-196, 2005.

CHEN, E.; FISHER, E.; BACHARIER, I.; STRANK, R. Socioeconomic status, stress and immune markers in adolescents with asthma. *Psychosom Med*, v. 65, n. 6, p. 984-992, 2003.

DALHEIM ENGLUND, A.C., RYDSTROM, I. e NORBERG, A. Being a parent of a child with asthma. *Pediatric-Nursing*, v. 27, n. 4, p. 365-373, 2001.

FELIZOLA, M.L.B.M.; VIEGAS, C.A.A.; ALMEIDA, M.; FERREIRA, F.; SANTOS, M.C.A. Prevalência de asma brônquica e de sintomas a ela relacionados em escolares do Distrito Federal e sua relação com o nível socioeconômico. *J Bras Pneumol*. v. 31, n. 6, p. 486-491, 2005.

FERRARI, F.P.; ROSÁRIO FILHO, N.A.; RIBAS, L.F.; CALLEFE, L.G. Prevalência de Asma em Escolares de Curitiba. Projeto ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *J Pediatr*, v. 74, p. 299-305, 1998.

FIKS, L.N. *Asma - Superando mitos e medos*. São Paulo: Claridade, 2004.

IORE, R.W.; COMPARSI, A.B.; RECK, C.L.; OLIVEIRA, J.K.; PAMPANELLI, K.B.; FRITSCHER, C.C. Variação na prevalência de asma e atopia em um grupo de escolares de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *J Pneumol*. v. 27, p. 237-244, 2001.

FOREMAN, J.C. Neuropeptides and the pathogenesis of allergy. *Allergy*, n. 42, p. 1-11, 1987.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. WHO – *Alliance Against Chronic Respiratory Diseases*, 2005.

GOLEMAN, D. *Equilíbrio mente-corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

GOMES, W. B. A entrevista e o estudo da experiência consciente. *Psicologia USP*, v. 8, n. 2, p. 319-344, 1997.

GÓNGORA, J.N.; RIOS, J.A. (Org.). *El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia: Realidad y mito*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, p. 176-201, 1998.

HAMLETT, K.W.; PELLEGRINI, D.S.; KATZ, K. Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 17, n. 1, p. 33-47, 1992.

HEINZER, M.M. Health promotion during childhood chronic illness: A paradox facing society. *Holistic Nursing Practice*, v. 12, n. 2, p. 8-16, 1998.

HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 71-108, 2003.

HERMANNNS, J.; FLORIN, I.; DIETRICH, M.; RIEGER C.; HALHLWEG, K. Maternal criticism, mother-child interaction, and bronchial asthma. *J Psychosom Res*, v. 33, p. 469-476, 1989.

HORNER, S.D. Catching the asthma: Family care for school-aged children with asthma. *Journal of Pediatric-Nursing*, v. 13, n. 6, p. 356-366, 1998.

HOWARD, T.D.; MEYERS, D.A.; BLEECKER, E.R. Mapping susceptibility genes for allergic diseases. *Ann N Y Acad Sci*, v. 123, p. 363-368, 2003.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. *Delineando a pesquisa clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ISAAC Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC. *Lancet*, v. 351, p. 1225-1232, 1998.

JACKSON, B.; WRIGHT, R.J.; KUBZANSKY, L.D.; WEISS, S.T. Examining the influence of early life socioeconomic position on pulmonary function across the life span: where do we go from here? *Thorax*, v. 59, p. 186-188, 2004.

JACOBS, MA; FRIDMAN, S; FRANKLIN, M.J. et al. Incidence of psychosomatic predisposing factors in allergic disorders. *Psychom Med*, n. 28, p. 679, 1966.

KILPELAINEN, M.; KOSKENVUO, M.; HELENUS, H.; TERCHO, E.O. Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic diseases. *Cin Exp All*, v. 32, p. 256-263, 2002.

KING, M.; MANNINO D.M.; HOLGUIN, F. Risk factors for asthma incidence. A review of recent prospective evidence. *Panminerva Med*, v. 46, p. 97-111, 2004.

KLAUS, K.; KENNEL, M.; KLAUS, P. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, p. 49-70, 1980.

KLINNERT, M.; MRAZEK, P.; MRAZEK D. Early asthma onset: the interaction between family stressors and adaptative parenting. *Psychiatry*, v. 57, p. 51-61, 1994.

KREISLER, L. *A nova criança da desordem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

KUMAR, R.K. Understanding airway wall remodeling in asthma: a basis for improvement in therapy? *Pharmacol Ther*, v. 91, n. 2, p. 93-104, 2001.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEHRER, P.M.; ISENBERG, S.; HOCHRON, S.M. Asthma and emotion: A review. *J. Asthma*, v. 30, p. 5-21, 1993.

LEITCH, D.B. Mother-infant interaction: achieving synchrony. *Nursing Research*, v. 49, n. 1, p. 55-58, 1999.

LEMLE, A. Aspectos psicossomáticos em pacientes com asma brônquica. In: *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 227-233, 1992.

LLOYD, N.; WERK, M.; SUZZANE, M.; STEIMBACH, M. Beliefs about diagnosing asthma in young children. *Pediatrics*, v. 105, p. 248-259, 2000.

MAÇÃIRA, E.F.; ASTRIE, E.; SILVER, R. et al. Determinação de escore e nota de corte do módulo de asma do International Study of the Asthma and Allergies in Childhood para discriminação de adultos asmáticos em estudos epidemiológicos. *J Bras Pneumol*, v. 31, n. 6, p. 477-485, 2005.

MACHADO NETO, A.S.; CRUZ, A. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. *J. Pneumologia*, v. 29, n. 5, p. 264-272, 2003.

MAIA, J.G.S.; MARCOPITO, L.F.; AMARAL, A.N.; TAVARES, B.F.; SANTOS, F.N.L. Prevalência de asma e sintomas asmáticos em escolares de 13 e 14 anos de idade. *Rev. Saúde Pública*, vol. 38, n. 2, p. 292-299, 2004.

MALLOL, J.; CASTRO-RODRIGUEZ, J.A. Differences in prevalence of asthma, rhinitis, and eczema between parental and self-completed questionnaires in adolescents. *Pediatr Pulmonol.*, v. 41, n. 5, p. 482-487, 2006.

MCDANIEL, M.; PAXSON, C.; WALDFOGEL, J. Racial disparities in childhood asthma in the United States: evidence from the National Health Interview Survey, 1997 to 2003. *Pediatrics*, v. 117, n. 5, p. 868-877, 2006.

MCQUAID, E.L.; KOPEL, S.J.; NASSAU, J.H. Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *Dev Behav Paediatr*, v. 22, p. 430-439, 2001.

MELO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MOFFATT, M. et al. Mutação eleva risco de asma. *Revista Pesquisa Fapesb - Destaques da Nature*, v. 448, n. 7149, 2007.

MORLEY, J.F. et al. Neuropeptides. *Life Sciences*, n.41, p. 527, 1987.

MORRIS, H. et al. Urinary excretion of epinephrine and norepinephrine in asthmatic children. *J All Clin Immunol*, n. 50, p. 138, 1972.

MRAZEK, D.A.; SCHUMAN, W.B.; KLINNERT, M. Early asthma onset: risk of emotional and behavioral difficulties. *J Child Psychol Psychiatry*, v. 39, n. 2, p. 247-254, 1998.

MRAZEK, D.; KLINNERT, M.; MRAZEK, P.; MACEY, T. Early asthma onset: consideration of parenting issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 30, p. 277-282, 1991.

MULLER, M.C. *Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

NEWBY, N.M. Chronic illness and family life cycle. *Journal of Advanced Nursing*, v. 23, n. 4, p. 786-791, 1996.

NOMURA, R.M.Y.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 9-15, 2004.

ONES, U., SAPAN, N., SOMER, A. et al. Prevalence of childhood asthma in Istanbul, Turkey. *Allergy*, v. 52, n. 5, p. 570-575, 1997.

ORTIZ, D.F.; PUPO, M.C.; SOTO, S.G.; GUTIERREZ, M.J.C.; RODRÍGUEZ, R.A.; MARIE, G.C.; FABRÉ, L.A.; VALDÉS, R.R. Factores psicológicos que contribuyen al asma em niños y adolescentes asmáticos y sus padres. *Rev Alergia México*, v. 52, n. 4, p. 161-170, 2005.



PADUR, J.S.; RAPOFF, M.; HOUSTON, B.K.; BARNARD, M.; DANOVSKY, M.; OLSON, N.Y.; MOORE, W.V.; VATS, T.S.; LIBERMAN, B. Psychosocial adjustment and the role of functional status for children with asthma. *Journal of Asthma*, v. 32, p. 345-353, 1995.

PEÇANHA, D.L. *A Reciprocidade de desenvolvimento entre a criança com asma e sua família*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PELLETIER, L.; GODIN, G.; LEPAGE, L.; DUSSAULT, G. Social support received by mothers of chronically ill children. *Child, Care, Health and Development*, v. 20, p. 115-131, 1994.

PERRIN, J.M.; SHONKOFF, J.P.; BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. (Orgs.) *Developmental disabilities and chronic illness: An overview. Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: W. B. Saunders, p. 452-464, 2000.

PIZZICHINI, M.M.M. Definir asma para estudos epidemiológicos: essa meta pode ser alcançada? *J Bras Pneumol*, v. 31, n. 6, p. 6-8, 2005.

RONA, R. Asthma and poverty. *Thorax*, v. 55, p. 239-244, 2000.

RUMBACK, M.J.; KELSO, T.M.; ARHART, K.L.; SELF, T.H. Perception of anxiety as a contributing factor of asthma: indigent versus nonindigent. *Journal of Asthma*, v. 30, n. 3, p. 165-169, 1993.

SABBETH, B. Understanding the impact of chronic childhood illness on families. *Pediatric Clinics of North America*, v. 31, n. 1, p. 47-57, 1984.

SCHOBINGER, R; FLORIN, I; ZIMMER, C; LINDEMANN, H; WINTER, H. Childhood asthma: paternal critical attitude and father-child interaction. *J Psychosom Res*, v. 36, p. 743-750, 1992.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. 2006. Disponível em: <http://www.seplam.pms.ba.gov.br/>. Acesso em: 19 set., 2006.

SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS. Ministério da Saúde. *Estatísticas de saúde e mortalidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SILVA, M.G.N. *Adaptação e validação do questionário RQLQ para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com rinite alérgica*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, 1999.

SILVA, M.T.N.; ANDRADE, J.; TAVARES-NETO, J. Asma e Ascaridíase em Crianças de 2 a 10 Anos de um Bairro de Periferia. *Jornal de Pediatria*, v. 79, p. 45-49, 2003.

SILVER, E.J.; BAUMAN, L.J. Relationships of self-esteem and efficacy to psychological distress in mothers of children with chronic physical illnesses. *Health Psychology*, v. 14, n. 4, p. 333-340, 1995.

SMITH, A.; NICHOLSON, K. Psychosocial factors, respiratory viruses and exacerbation of asthma. *Psychoneuroendocrinology*, v. 26, p. 411-420, 2001.

SMITH, J.A.; JARMAN, M.; OSBORN, M. Doing Interpretative phenomenological analysis. In: MURRAY, M. e CHAMBERLAIN, K. *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*. London: Sage, p. 218-240, 1999.

SOARES, F.J.P.; SANTOS, M.L.M.; PEREIRA, A.D.; COSTA, S.M. Prevalência de asma em escolares de Maceió – AL. *Pediatrics*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 95-102, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. In: IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA. *J Bras Pneumol*, v. 32, (supl 7): p. 447-474, 2006.

SOLÉ, D.; VANNA, A.T.; YAMADA, E.; RIZZO, M.C.; NASPITZ, C.K. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) written questionnaire: validation of the asthma component among Brazilian children. *J Investigat Allergol Clin Immunol*, v. 8, p. 376-382, 1998.

SOLÉ, D.; WANDALSEN, G.F.; CAMELO-NUNES, I.C.; NASPITZ, C.K.; ISAAC - Brazilian Group. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) - Phase 3. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 82, 2006.

SOLÉ, D.; YAMADA, E.; VANA, A.T. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): prevalence of asthma and asthma-related symptoms among Brazilian schoolchildren. *J Investigat Allergol Clin Immunol*, v. 111, p.123-128, 2001.

SOLÉ, D.; YAMADA, E.; VANNA, A.T.; COSTA-CARVALHO, B.T.; NASPITZ, C.K. Prevalence of asthma and related symptoms in school-age children in São Paulo, Brazil - International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *J Asthma*, v. 36, p. 205-212, 1999.

SPERLING, M. The role of the mother in psychosomatic disorder in children. *Psychosom Med*, n. 11, p. 377, 1949.

STERN, D.N. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STORES, G.; ELLIS, A.J.; WIGGS, L.; CRAWFORD, C.; THOMSON, A. Sleep and psychological disturbance in nocturnal asthma. *Arch Dis Child*, v. 78, n. 5, p. 413-419, 1998.

SVENTIVANY, A. The beta adrenergic theory of the atopic abnormality in bronchial asthma. *J Allergy*, n. 42, p. 203, 1968.

SZWEC, G. *L'enfant asthmatique*. Paris: PUF, 1993.

TAUSSING, L. Physiological growth and development of the lung during the first year of life. *Am J Respir Dis*, v. 134, p. 513-519, 1986.

VALSINGER, J., CONNOLLY, L. *Qualitative Methodology*. Handbook of Development Psychology. London: Sage, 2003.

VAMOS, M.; KOLBE, J. Psychological factors in severe chronic asthma. *Aust N Z J Psychiatry*, v. 3, n. 4, p. 538-544, 1999.

VENN, A.; SMITH, L.; MARTIN, C.; BRITTON, J. Questionnaire study on effect of sex and age on the prevalence of wheeze and asthma in adolescence. *BMJ*, v. 316, p. 1945-1946, 1998.

VIGNOLA, A.M.; CHANEZ, P., CAMPBELL, A.M. Airway inflammation in mild intermittent and in persistent asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 157, n. 2, p. 403-409, 1998.

VILA, G.; NOLLET CLEMENCON, C.; DE BLIC, J.; MOUREN SIMEONI, M.C.; SCHEINMANN, P. Asthma severity and psychopathology in a tertiary care department for children and adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, v. 7, n. 3, p.137-144, 1998.

VILA, G.; NOLLET CLEMENÇON, C.; VERA, M.; ROBERT, J.J.; DE BLIC, J.; JOUVENT, R.; MOUREN SIMEONI, M.C.; SCHEINMANN, P. Prevalence of DSM-IV disorders in children and adolescents with asthma versus diabetes. *Can J Psychiatry*, v. 44, n. 6, p.562-569, 1999.

WALKER, L.S.; ZEMAN, J. L. Parental response to child illness behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 17, n.1, p. 49-71, 1992.

WALLANDER, J.L.; VARNI, J.W. Effects of pediatric chronic physical disorders in child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, v. 39, n. 1, p. 29-46, 1998.

WALMBOLDT, F.S.; WALMBOLDT, M.Z.; GAVIN, L.A.; ROESLER, T.A.; BRUGMAN, S.M. Parental criticism and treatment outcome in adolescents hospitalized for severe, chronic asthma. *J Psychosom Res*, v. 39, p. 995-1005, 1995.

WARMBOLDT, M.; WARMBOLDT, F. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: Selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 39, n. 10, p. 1212-1219, 2000.

WARMBOLDT, M.Z.; FRITZ, G.; MANSELL, A.; MCQUAID, E.L.; KLEIN, R.B. Relationship of asthma severity and psychological problems in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 37, n. 9, p. 943-950, 1998.

WARREN, R. Preventing behavior problems in asthma and allergies. *Clinical Pediatrics*, p. 617-624, 1994.

WASSERMAN, M.D.A. *Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WEIL, C.M.; WADE, S.L.; BAUMAN, L.J. The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics*, v. 104, p.1274-1279, 1999.

WRIGHT, R.J.; FISHER, E. Putting asthma into context: community influences on risk, behavior and intervention. In: KAWACHI, I., BERKMAN, L.F. (editors). *The neighborhoods and health*. Oxford (NY): Oxford University Press, p. 233-262, 2003.

WRIGHT, R.J.; RODRIGUEZ, M.; COHEN, S. Review of psychosocial and asthma: an integrated biopsychosocial approach. *Thorax*, v. 53, p. 1066-1074, 1998.

WRIGHT, R.J. Alternative modalities for asthma that reduce stress and modify mood states: evidence for underlying psychobiologic mechanisms. *Ann Allergy Asthma Immunol*, v. 93, p. 18-23, 2004.

WRIGHT, R.; FINN, P.; CONTRERAS, J. Chronic Caregiver stress and IgE expression, allergen-induced proliferation, and cytokine profiles in a birth cohort predisposed to atopy. *J Allergy Clin Immunol*, v. 113, p. 1051-1057, 2004.

## ANEXO

## ANEXO 1 - MODELO DO QUESTIONÁRIO



Nº FAMÍLIA      ÁREA      IND:  
               

**Pesquisa: “PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ASMA EM ESCOLARES DE 9 A 14 ANOS NO BAIRRO DA PAZ”**      **Ficha da mãe(responsável) (FM) FASE**

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pré-nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_ Pré-nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Pré-nome do escolar: \_\_\_\_\_ Grau parentesco: mãe avó(ó) tio(a) irmã(ão) outro Escola: \_\_\_\_\_

Escolaridade materna: 1º grau incp 1º grau compl 2º grau incp 2º grau compl Faculdade Idade do escolar: \_\_\_\_\_ Sexo do escolar: masc fem

Renda familiar: Até 1 SM Mais de 1 a 2 SM Mais de 2 a 5 SM Mais de 5 a 10 SM Mais de 10 SM Cor do entrevistado: Branca Não branca

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel contato: \_\_\_\_\_

Endereço parente próximo: \_\_\_\_\_ Início da entrevista: | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | : | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | h

**BLOCO 1 – PRESENÇA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS Você poderia me falar um pouco sobre a saúde de le(a)...**

1. Alguma vez na vida seu(ua) filho(a) teve chiados no peito? 1.Sim 2.Não .... <i>Siga para Questão 6</i>	4. No último ano, quantas vezes seu(ua) filho(a) teve o sono perturbado por chiado no peito? 1. Nunca acordou com chiado 2. Menos de uma noite por semana 3. Uma ou mais noite por semana	7. No último ano, seu(ua) filho(a) teve chiados no peito após ter feito exercícios físicos? 1.Sim 2.Não
2. No último ano, seu(ua) filho(a) teve chiados no peito? 1.Sim 2.Não	5. No último ano, alguma vez o chiado de seu(ua) filho(a) foi tão forte que impediu que ele conseguisse dizer mais de 2 palavras entre cada respiração? 1.Sim 2.Não	8. No último ano, seu(ua) filho(a) teve tosse seca à noite, sem estar gripado ou com infecção respiratória (catarro) ? 1.Sim 2.Não
3. No último ano, quantas crises de chiado no peito seu(ua) filho(a) teve? 1. nenhuma crise 2. 1 a 3 crises 3. 4 a 12 crises 4. mais de 12 crises	6. Alguma vez na vida seu(ua) filho(a) teve asma? 1.Sim 2.Não	

**BLOCO 2 – PROBLEMAS NA AUSÊNCIA DE GRIPE OU RESFRIADO Agora vamos falar um pouco sobre a saúde dele quando não estava gripado ou resfriado...**

1. Alguma vez na vida seu(ua) filho(a) teve problema com espirros ou coriza (corrimento nasal), ou obstrução nasal (entupimento de nariz), quando não estava gripado ou resfriado? 1.Sim 2.Não	3. No último ano, este problema nasal foi acompanhado de lacrimejamento ou coceira nos olhos? 1.Sim 2.Não	5. No último ano, quantas vezes as atividades diárias de seu(ua) filho(a) foram atrapalhadas por este problema nasal? 1. Nada 2. Um pouco 3. Moderado 4. Muito
2. No último ano, seu(ua) filho(a) teve problema com espirros ou coriza (corrimento nasal), ou obstrução nasal (entupimento de nariz), quando não estava gripado ou resfriado? 1.Sim 2.Não	4. Em qual dos últimos (doze) meses este problema nasal ocorreu? 1. Janeiro      5. Maio      9. Setembro 2. Fevereiro      6. Junho      10. Outubro 3. Março      7. Julho      11. Novembro 4. Abril      8. Agosto      12. Dezembro	6. Alguma vez na vida seu(ua) filho(a) teve rinite? 1.Sim 2.Não

**BLOCO 3 – PROBLEMAS NA PELE Agora gostaria de saber um pouco sobre a existência de problemas na pele dele**

1. Alguma vez na vida seu(ua) filho(a) teve manchas com coceira na pele (eczema), que apareciam e desapareciam por, pelo menos, 6 meses? 1.Sim 2.Não .... <i>Siga para a questão 6</i>	3. Alguma vez essas manchas com coceira afetaram algum dos seguintes locais: dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, na frente dos tornozelos, abaixo das nádegas ou em volta do pescoço ou dos olhos? 1.Sim 2.Não	5. No último ano, quantas vezes, aproximadamente, seu(ua) filho(a) ficou acordado à noite por causa dessa coceira na pele? 1. Nunca no último ano 2. Menos de 1 noite por semana 3. Uma ou mais noite por semana
2. No último ano, seu(ua) filho(a) teve essas manchas na pele? 1.Sim 2.Não .... <i>Siga para a questão 6</i>	4. Alguma vez essas manchas com coceiras desapareceram completamente no último ano? 1.Sim 2.Não	6. Alguma vez seu(ua) filho(a) já teve eczema? 1.Sim 2.Não

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **PESQUISA: ESCOLARES PORTADORES DE SINTOMAS DE ASMA EM UMA COMUNIDADE CARENTE DE SALVADOR: O OLHAR DA FAMÍLIA**

Durante a leitura do documento abaixo fui informado(a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Eu, ....., fui procurado(a) pela Prof. Lília Maria Carvalho de Andrade do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Tecnologia e ciências com o registro nº 28361-F no Conselho Regional de Fisioterapia do Estado da Bahia, sobre o projeto de pesquisa com o título acima citado. Nesse estudo, eu, ..... fui selecionado(a) ou o(a) MENOR ....., de ..... anos de idade, sob a minha inteira responsabilidade, por sorteio através da posição da minha residência na rua onde moro, para participar desse projeto de pesquisa.

A Prof. Lília Maria Carvalho de Andrade explicou-me que nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2004, será realizado um levantamento no Bairro da Paz sobre a presença de sintomas de asma em crianças de 7 a 14 anos, que freqüentam a escola. Essa pesquisa foi acordada entre a associação de moradores e o Curso de Fisioterapia da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e será feita por uma equipe de professores e estudantes da FTC. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCSAL.

Também fui informado(a) que esta pesquisa faz parte de um programa de extensão do Curso de Fisioterapia da FTC que consta do levantamento da presença de sintomas de asma nos escolares do Bairro, depois, de palestras sobre asma e como é possível melhorar o controle dos sintomas da asma, que serão realizadas na associação de moradores, em reuniões abertas à comunidade, as quais serão repetidas por duas semanas consecutivas, sendo a participação dos moradores inteiramente “de graça” ou gratuito e, se necessário, do encaminhamento de crianças portadoras de sintomas de asma para o ambulatório de referência na UFBA, para que seja feito o diagnóstico médico da doença. Mesmo assim, a Prof. Lília

Maria Carvalho de Andrade também deixou claro, durante suas explicações, que caso não queira ou não julgue necessário posso não ser entrevistado.

Esse trabalho sobre asma no Bairro é porque essa doença é um dos grandes problemas de saúde das crianças em fase escolar no Brasil e na Bahia, onde em algumas cidades existem até 20% das crianças com os sintomas da asma, e também porque foi apontado pela associação de moradores através de seu presidente, o Sr. Carlos, que este seria um dos problemas de saúde das crianças do Bairro.

Os sintomas da asma são principalmente falta de ar, o chiado (ou piado) no peito e tosse. Muitas vezes, esse quadro impede a criança de dormir direito ou até de ir à escola. Esses sintomas podem melhorar sem nenhum tratamento ou em outros casos precisar de remédio para falta de ar (nebulização ou bombinha). Em um grupo pequeno de crianças pode ocorrer um quadro mais grave e precisar de hospitalização.

Na pesquisa, uma pessoa da equipe da Prof. Lília irá fazer perguntas sobre meu filho, filha ou criança sob minha responsabilidade. Essas perguntas são sobre a idade da criança, meu grau de parentesco, renda da família, escolaridade da mãe e sobre os sintomas de asma que a criança pode ter.

Fui plenamente informado(a) que posso negar-me a responder as perguntas acima e assim não participar da pesquisa e, mesmo se agora concordar, posso deixar de participar da pesquisa depois ou pedir para retirar meu nome e do menor sob minha responsabilidade. Porém, qualquer que seja minha opinião, terei o direito de participar das palestras e do programa de extensão em asma da FTC, se assim desejar, bem como ter acesso aos resultados da pesquisa que serão apresentados à comunidade do Bairro em reunião na associação de moradores.

Os resultados da pesquisa serão publicados, mas a Prof. Lília garantiu-me que jamais poderei ser identificado(a) ou o(a) menor sob a minha responsabilidade, como participante desta pesquisa. Ou seja, os dados poderão ser publicados SEM constar o meu nome (ou as iniciais do meu nome) e o meu endereço.

Também estou ciente que caso tenha alguma reclamação a fazer poderei procurar o Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO 7), Dr. José Roberto Borges dos Santos, ou o presidente da comissão de Ética do conselho de fisioterapia, Dr. Cleber Murilo Pinheiro Sady, na sede do CREFITO 7, na Av. Tancredo Neves, nº 939, Edifício Esplanada Tower, Sala 101, Caminho das Árvores, na cidade do Salvador. Fones: (71)3341-0721 e 3341-4271. O Horário de Funcionamento do conselho: De 2ª a 6ª, das 8:00 às 18:00 h.

Assim, considero-me satisfeito com as explicações deste documento e também as explicações da Prof. Lília, inclusive durante a leitura desse documento, realizada pela mesma e que foi de forma pausada e clara, quando também tive a oportunidade de fazer perguntas. Portanto, no momento concordo em participar dessa pesquisa. Também foi explicado pela Prof. Lília que o(a) menor ....., sob a minha responsabilidade, poderá recusar-se a participar do estudo, independente da minha opinião ou concordância.

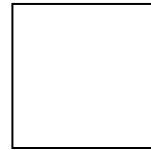
COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER ( sim OU não ), O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE A PROF. LÍLIA, QUANDO DA LEITURA PAUSADA DESSE DOCUMENTO, ESCLARECEU ÀS MINHAS DÚVIDAS E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, CONCORDEI COLOCAR ABAIXO A MINHA IMPRESSÃO DO DEDO POLEGAR.

Salvador, de de 200 .

NOME: .....

Assinatura ⇒

**Ou** (impressão digital ou datiloscópica)



Testemunhas:

1. NOME: .....

Assinatura ⇒

2. NOME: .....

Assinatura ⇒



## APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA

- Como foi a gravidez?
- Os sentimentos em relação a essa experiência?
- Conte como foi o parto para a senhora e para a criança.
- Qual foi o tipo de parto?
- O parto foi a termo?
- A senhora ouviu o bebê chorar?
- Como foi a amamentação?
- Quando tiveram início as dificuldades respiratórias, a primeira crise?
- O que foi feito na hora da crise? E depois?
- Qual foi a postura adotada pela senhora?
- O que mudou a partir disso, na vida da criança, na sua, na da família?
- Como foi a última crise?
- E qual foi a postura adotada pela senhora nessa crise?
- O que mudou a partir disso, na vida da criança, na sua, na da família?
- Qual a dificuldade, atualmente, da criança?
- A senhora observa relacionamento da crise alérgica da criança com algum acontecimento em particular?
- O que a senhora gostaria de acrescentar?