

Refere-se ao Art. de mesmo nome, 10(2), 60-76, 2000

OPINIAO / ATUALIZAÇÃO
OPINION / CURRENT COMMENTS**A CRIANÇA ASMÁTICA NA FAMÍLIA:
ESTUDO DE UMA REPRESENTAÇÃO*****THE ASMATIC CHILD IN THE FAMILY:
A STUDY ON A REPRESENTATION**

Denise Rasia Bosi¹
Alberto Olavo Advincula Reis²

BOSI, D.R.; REIS, A.O.A. A criança asmática na família: estudo de uma representação. *Rev. Bras. Cresc. Desenha Hum.*, São Paulo, 10 (2), 2000.

Resumo: O presente trabalho, que teve por fio condutor a Teoria das Representações Sociais, articulada à Teoria Psicanalítica, buscou apreender a representação social da família acerca da criança asmática. Para tanto, contou-se com a colaboração de cinco famílias. O material de estudo foi obtido por meio de entrevistas domiciliares, semi-estruturadas, sendo utilizado o método de análise de conteúdo. Foram levantadas questões concernentes ao conhecimento da doença e ao impacto que o seu diagnóstico produz no âmbito das relações familiares. Foram analisados alguns pontos emergentes, como a questão da hereditariedade e da culpabilidade, a negação e o medo, os sentimentos de ambivalência e impotência que permeiam as relações mães-filhos, além do uso da doença como máscara para ocultar uma possível estrutura familiar conflituosa.

Palavras-chave: asma; relações família-criança asmática; criança asmática.

INTRODUÇÃO

A asma é uma enfermidade que tem características e uma importância bem definidas no âmbito da Saúde e acarreta uma transformação no regime de funcionamento pessoal da criança asmática bem como na sua dinâmica familiar.

Para BÉGOIN (apud HAYNAL & PASINI, 1984), o pulmão representa, num estado primitivo de introjeção respiratória, o órgão que estabelece a primeira ligação do bebê com o mundo ex-

terno. Não é, pois, de estranhar a dimensão relacional que a asma necessariamente comporta, nem o caráter comunicativo-semântico desta manifestação sintomática.

Sendo assim, este trabalho procurou circunscrever e compreender a representação da criança asmática no seio de sua família. Em outros termos, buscou-se apreender qual a significação assumida pela criança asmática, tanto como objeto de atenção, como produtora de efeitos no âmbito dos diversos atores que, interagindo, compõem a dinâmica familiar.

* Dissertação de Mestrado, orientada pelo Prof Dr. Alberto Olavo Advincula Reis e apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP). São Paulo, 1998.

1 Professora do Departamento de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul, Psicóloga, Mestre em Saúde Pública, na área de Saúde Materno-Infantil, pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

2 Professor Doutor do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSPUSP, Psicólogo e Doutor em Saúde Pública, na área de Saúde Materno-Infantil, pela FSPUSP.

O QUE É A ASMA?

Definição

A asma é uma doença, identificada há milênios, que afeta pessoas de todas as idades, em praticamente todas as regiões do mundo. Originalmente, definiu-se asma como “respiração opressiva e difícil”, numa acepção muito próxima do seu significado etimológico, uma vez que sua denominação deriva do grego – *ásthma* – que significa sopro curto, ofegante (LORAS, 1983).

Por muito tempo, foi considerada uma doença trivial e não-fatal, passando, somente a partir da década de 60, a ser vista como causa de sofrimento humano, de elevado custo financeiro e de morte (SPEIZER et al., 1968).

Atualmente, a definição de asma costuma ser feita com base em sua caracterização clínica e/ou fisiopatológica. Assim, ela pode ser referida: como uma doença das vias aéreas que apresenta como característica fundamental um estado de hiperreatividade brônquica de base constitucional ou adquirida, que acompanha o asmático ao longo da evolução do seu estado, persistindo, a maior parte das vezes, mesmo depois de remissões cíclicas prolongadas e que pode ser despertada por fatores de ordem diversa (FERNANDES, 1977; CARVALHO, 1981; NOVILHAN e DUTAN, 1983; NUNES, 1987; HARRINSON, 1988; WARNER, 1989).

Não se pode, portanto, considerar o processo de desencadeamento da crise asmática como sendo unívoco; em compensação, assiste-se, uma vez iniciado o processo, a uma espécie de “via final comum”, sendo a reação idêntica, independente da sua etiologia (hereditária, alérgica, infecciosa, psicogenética). Além disso, a forma como esses fatores orgânicos interagem com as influências emocionais e ambientais, familiares e médicas, no sentido de determinar a gravidade da doença das vias aéreas e a incapacitação devida à asma, permanece ainda não totalmente elucidada (PARK, 1995).

Diagnóstico

Embora absolutamente necessário para a administração de uma terapêutica adequada que impeça o aparecimento de complicações de maior ou menor gravidade para o desenvolvimento tanto físico como psico-afetivo da criança, o diagnóstico correto e, principalmente, precoce da asma nem sempre é fácil de ser estabelecido, em função do polimorfismo clínico e da plurideterminação etiológica da síndrome.

Simplificadamente, diz-se ser possível diagnosticar asma diante do aparecimento da tríade dispnéia, tosse e sibilas. Quando a crise é presenciada ou quando a criança é mais velha, o

diagnóstico simplifica-se consideravelmente. Como indicadores auxiliares, podem ser pesquisados o caráter espontâneo das crises, a sua predominância noturna e a presença de uma história familiar de asma ou atopia.

Ao contrário, quando as crianças são mais novas, a situação complica-se. De acordo com WARNER et al. (1989), antes dos 5 anos de idade não se pode ter certeza de que uma respiração opressiva e sibilante seja sinônimo de asma, mesmo quando não existir diagnóstico alternativo. O reconhecimento dos sintomas iniciais é dificultado pela freqüente existência de um estado pré-asmático.

De modo geral, o diagnóstico diferencial da asma deve ser feito em relação a todas as situações que levam a uma dispnéia, quer seja aguda, quer crônica.

Faz-se imprescindível ressaltar que a primeira crise na criança constitui uma situação de diagnóstico praticamente impossível; só a sua evolução é que permitirá confirmar ou não a suspeita original.

Morbidade e Mortalidade

Durante muito tempo, pensou-se que a asma não só se curava espontaneamente como era uma doença que não matava. Posteriormente, desenvolveu-se a idéia de que a ela estava associada um baixo índice de mortalidade o qual decrescia gradativamente à medida que se avançava em idade. Atualmente, existe um consenso que este índice aumenta de forma gradual e consistente (SEARS, 1988; ANDERSON, 1989; BUIST, 1989).

CAMPOS (1993) é um dos que afirma que, apesar dos grandes avanços experimentados nas últimas décadas na terapia medicamentosa da asma, sua morbidade e mortalidade estão crescendo, principalmente em áreas urbanas. Em muitos países desenvolvidos, ela é a causa mais freqüente de comprometimento prolongado da saúde e há substanciais evidências de que sua incidência esteja aumentando em muitos países em desenvolvimento (PHELAN, 1995).

Muitos argumentos foram levantados por vários autores no sentido de se tentar explicar o aumento das taxas de mortalidade e morbidade, mas as razões são ainda bastante obscuras. CAMPOS (1993) aponta como possíveis explicações para esse fato:

- 1º) as mudanças na atenção médica (maior atenção diagnóstica ou transferência de diagnóstico, ou seja, rotular como asma as condições que anteriormente não eram consideradas como tal);

- 2º) as mudanças no meio ambiente (o papel da poluição atmosférica, tanto em ambientes externos como internos, e do aumento de concentração de alérgenos inaláveis);
- 3º) e as mudanças no “hospedeiro”, ou seja, no homem (por exemplo, a prematuridade: com o desenvolvimento tecnológico da Medicina, cada vez mais bebês prematuros de baixo peso ou com defeitos pulmonares estão sobrevivendo, e eles têm maior frequência de problemas respiratórios na infância).

Entretanto, ainda resulta, como mensagem dominante da maioria dos estudos, a verificação de um aumento pouco significativo, conforme BUIST (1989) e SEARS (1988), ou inexistente, de acordo com ANDERSON (1989) e RICHARDS (1989), da taxa real de mortalidade na asma. A subestimação da severidade dos sintomas e a insuficiência ou inadequação terapêuticas são os aspectos referidos com maior frequência como responsáveis pela evolução fatal das crises.

Ao contrário do que acontece com a mortalidade, a morbidade da asma infantil é tão grande que faz dela a doença crônica que mais merece atenção. E normalmente no absenteísmo escolar que os seus efeitos se fazem sentir de forma mais imediata e objetiva, ainda que os asmáticos consigam resultados escolares semelhantes aos das outras crianças (PECKHAM & BUTLER, 1978). Também são índices de morbidade, apesar de facilmente subestimados, as restrições educativas e sociais, bem como a redução nas atividades físicas. As repercussões no crescimento (altura e peso) são freqüentemente referidas, apesar de que logo após a desaceleração fisiológica do crescimento e atraso no início da puberdade ocorra uma rápida compensação (BALFOUR-LYNN, 1986). Embora significativas, as perturbações psicopatológicas que a criança asmática pode evidenciar são, muitas vezes, esquecidas ou ignoradas nos estudos epidemiológicos sobre a morbidade da doença.

Estimar a prevalência da asma é extremamente complexo em função da grande variedade de definições e de conceitos empregados para identificá-la e das diversas formas clínicas sob as quais ela pode apresentar-se.

Raros são os estudos tentando estimar a prevalência da asma no Brasil. De modo geral, acredita-se que ela deva afetar entre 5 e 10% da nossa população, embora num estudo realizado em Cascavel - PR (1991), citado por CAMPOS (1993), tenha-se estimado que cerca de 12% da população urbana tivesse asma diagnosticada por

médicos. Em Porto Alegre RS cerca de 30 a 40% das hospitalizações que ocorrem no Hospital da Criança Conceição, no período de inverno, são por asma. Em estudo realizado, por FRITSCHER et al. (1994), com a população de escolares de Porto Alegre, a prevalência de asma chega a 16,5%. A situação em Caxias do Sul-RS parece não diferir muito. Em um levantamento realizado no PAM (Posto de Assistência Médica) e no Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul (1986), constatou-se que 4,6% dos motivos de consulta nestes locais era por asma. Em 1988, na mesma cidade, estudando-se as causas de hospitalizações pediátricas, durante o inverno, verificou-se que 53,5% das crianças tinham em seu prontuário o diagnóstico de asma brônquica e que ela sozinha era responsável por 15% das internações.

Pode-se observar que os números, em geral, são altos, não havendo muita diferença de uma região para outra. Isto leva a considerar a asma como um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, principalmente para crianças e adolescentes.

FATORES PSICOLÓGICOS E PSICODINÂMICOS IMPLICADOS NA ASMA

A doença em geral constitui um episódio usualmente considerado normal na vida da criança. As doenças ditas “infantis”, aliás, constituem uma ilustração disso. No espírito de todas as crianças, a doença e seu correlato, o médico, ocupam um lugar importante.

De acordo com AJURIA GUERRA & MARCELLI (1991), a experiência da doença remete a criança a movimentos psicoafetivos diversos:

- 1º) a regressão quase sempre acompanha a doença: retorno a uma relação de cuidados corporais e de dependência como aquela do lactente. FRENCH & ALEXANDER (apud WILLIAMS, 1975), foram os primeiros autores a chamar a atenção para o fato de o conflito básico na asma, embora não específico desta síndrome, residir na oposição entre duas tendências simultaneamente distintas e poderosas: uma, que traduz o desejo que a criança tem de se libertar da dependência materna; a outra, que expressa a tendência terrivelmente regressiva que conduz essa mesma criança a manter uma relação de natureza simbiótico,

- evocadora da completa união física prévia ao nascimento;
- 2º) o sofrimento pode ser vinculado a uma vivência de punição ou a um sentimento de falta: a culpa freqüentemente infiltra a vivência da criança doente. Esta culpabilidade pode ser, por vezes, reforçada pelo discurso familiar, mas encontra a sua origem também na vida fantasiosa da criança;
 - 3º) o acometimento do esquema corporal, ou antes, do “sentimento de si” no sentido mais amplo depende da gravidade, da duração e da natureza do impedimento imposto pela doença, mas este sentimento é freqüente: corpo imperfeito, frágil, defeituoso. Em função do tipo de conflito, este acometimento do “sentimento de si” focalizar-se-á em uma ferida narcisista mais ou menos profunda ou em fantasia de castração;
 - 4º) o temor da morte, por fim, aparece entrelaçada em certas doenças, mesmo que a criança, assim como sua família, pouco falem disto.

As crianças portadoras de doenças crônicas, como a asma, têm uma maior probabilidade de apresentar problemas significativos de ajustes psicológicos (CADMAN et al., 1987).

A doença asmática implica uma menor resistência física. Acrescenta-se a isso, em muitas crianças asmáticas, um atraso de maturidade nas relações emocionais. Muito provavelmente, a vida da criança asmática não se desenvolve de uma forma normal, sendo objeto de cuidados exagerados por parte de seus pais, familiares e até professores. Esta solicitude extrema dos mesmos irá privá-la das experiências físicas adequadas à sua idade, impedindo-a, assim, de desenvolver-se como uma criança normal.

Não é raro vermos pais que impedem seu filho de praticar jogos ao ar livre, andar de bicicleta e ficar descalço. Para estes, a criança não pode ficar exposta ao sol, nem ao vento, não pode tomar bebidas geladas, nem sentir um pouco de frio. Esta superproteção, sem dúvida, tornará a criança mais insegura e ansiosa, facilitando assim suas crises. Isto geralmente acontece porque os pais não conseguiram resolver o conflito entre dar liberdade para a criança crescer e se desenvolver normalmente ou restringi-la para a proteger das crises (CLARK et al., 1980).

Os pais procuram ainda dar-lhe tudo que deseja para compensar o sofrimento que a doença lhe causa. A criança, percebendo a fraqueza dos pais, começa a usar a doença para conseguir

o que deseja. Como, no decorrer de sua vida, porém, poderá não conseguir benevolência de todas as pessoas de sua convivência, corre o risco de tornar-se desajustada no meio social em que vive. Os fatores psicossociais, quando não são bem conduzidos, além de afetar o desenvolvimento da criança e sua sociabilidade, interferem muitas vezes na freqüência e severidade das crises, funcionando como seu desencadeante.

Em função de suas características de doença crônica, a asma afeta a criança e a família por vários motivos. LEWISTON et al. (1977) enfatiza os seguintes:

1. Pelo caráter hereditário da doença

Como a asma brônquica é uma doença que guarda um caráter hereditário definido, pode dar aos pais a sensação de culpabilidade por terem provocado a doença no filho. Estes sentimentos iniciais podem transformar-se num ressentimento dirigido a outros parentes, amigos, ao médico e até à criança, prejudicando o relacionamento e o seguimento do tratamento.

2. Pela distorção das relações familiares

A frustração por ter um filho doente, a ansiedade por não saber lidar com a doença e a imprevisão da ocorrência de episódios agudos podem restringir a vida social do casal e de toda a família. O equilíbrio da família pode ainda ficar comprometido no momento em que o pai acusa a mãe, e/ou vice-versa, por ser responsável pela doença. Neste contexto, não é raro o sistema familiar organizar-se em torno de uma forte aliança entre a mãe e a criança, com exclusão, para a periferia, do pai.

3. Pela necessidade de adaptação na casa

Sendo a higiene do ambiente físico uma das medidas profiláticas recomendadas, o fato de ter que tirar cortinas, tapetes e plantas de dentro de casa, e eventualmente precisar dispensar algum animal de estimação, pode frustrar não só a criança, como os irmãos e até os pais.

4. Pelos problemas com os irmãos

Nas famílias em que há outras crianças, estas comumente sentem-se negligenciadas e abrigam um grande ressentimento contra o(a) irmão(ã) doente. Impossibilitadas, na maior parte das vezes, de expressar esse sentimento dentro da casa, fazem-no fora (por exemplo, na escola), sempre com o objetivo de recolher um pouco mais da atenção dos pais. A agressividade em relação ao irmão(ã) é sutilmente expressa pela sua exclusão das atividades lúdicas e pelo seu tratamento como criança especial, doente e fraca; tal comportamen-

to reforça o seu isolamento relativo ao grupo de irmãos e amigos, e conduz, freqüentemente, a uma auto-estima e autoconfiança diminuídas.

5. Pelos problemas financeiros

O equilíbrio financeiro da família pode ficar comprometido como conseqüência da alta freqüência aos serviços de urgência, às consultas médicas regulares, utilização de medicamentos caros, ou pela procura de representantes da medicina popular, levados pela esperança de encontrar uma solução mágica para seus problemas, e que exigem, muitas vezes, altas quantias em dinheiro, com promessas de cura.

Entretanto, apesar de nos quadros asmáticos, famílias e criança afetada ficarem igualmente implicados pelos motivos adversos acima expostos, não se pode afirmar que exista uma relação direta e exclusiva de causa-efeito entre fatores psicológicos e asma. Deve-se lembrar que a asma é uma doença multifatorial.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Referencial Teórico Metodológico

O objetivo deste trabalho é o de compreender a representação social da asma no âmbito familiar. Adotou-se para a consecução deste objetivo uma estratégia metodológica qualitativa.

A preocupação maior da pesquisa qualitativa está em avaliar as relações sociais, afetivas e racionais, apreendidas do cotidiano, da vivência e da explicação que cada um dos membros envolvidos tem sobre determinado fenômeno. Em outras palavras, a subjetividade é a responsável pelo sentido e configuração social de um fato específico.

Em concordância com esses conceitos e tendo por horizonte a Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, associada à Teoria Psicanalítica, a presente investigação procedeu, através da fala dos representantes familiares, ao levantamento das diversas perspectivas assumidas em relação à criança asmática no âmbito da dinâmica familiar.

Os Sujeitos do Estudo

Dentro de um contexto dinâmico de representação de papéis, entende-se ser, a família, a responsável pela forma como um fato específico atinge determinado significado dentro de um universo maior – o das representações sociais.

Face ao exposto, optou-se por tomar como sujeitos desta pesquisa não só o(a) asmático(a) ou ele(a) e outra pessoa determinada, mas o(a) asmático(a) e a célula-mãe do seu comportamen-

to social – a família.

Os Critérios de Seleção e Características das Famílias

Considerou-se como representantes da família o pai, a mãe, a criança asmática e um irmão ou irmã não asmático(a). Desta forma, definiu-se, a despeito de sua extensão, a família como sendo constituída de, no máximo, quatro elementos.

A seleção das famílias foi feita entre aquelas que consultaram e passaram a ser acompanhadas, no ano de 1997, pelo Programa de Doenças Respiratórias do PAM, um ambulatório de atenção secundário de Caxias do Sul-RS.

A faixa etária das crianças asmáticas esteve limitada entre os sete e os 10 anos.

Com relação ao irmão ou irmã da criança asmática, o único cuidado tomado foi que tivesse mais de sete anos, uma vez que deveria participar ativamente do estudo, expressando suas opiniões sobre o assunto proposto, e que não tivesse asma.

O sexo de ambas as crianças que compunham a família não foi fator controlado.

A Obtenção dos Dados

Sendo a linguagem verbal uma das formas de comunicação para a compreensão das representações sociais, optou-se por colher o parecer das famílias através de entrevistas abertas semi-estruturadas.

De acordo com MINAYO (1992), a importância dessa estratégia reside no fato de a fala aparecer como “reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”.

Assim, decidiu-se que as famílias informantes falariam livremente sobre o assunto proposto, limitadas, contudo, por um roteiro de questões pontuadas no momento da entrevista, a fim de permitir contemplar o objetivo da investigação.

Os depoimentos tiveram lugar no domicílio dos entrevistados. Ali, dentro do seu ambiente, fica reforçada a autoconfiança e ampliada a fluência verbal, o que facilita a indução para que cada elemento da família fale sobre o que a presença de um(a) asmático(a) 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, segundo destaca BARDIN (1977), a palavra ou o aspecto individual da linguagem impresso pelo sujeito, constitui-se o ob-

jeto da análise do conteúdo.

A Análise dos Dados

Os dados foram analisados de acordo com princípios que norteiam as técnicas de análise de conteúdo. Segundo BARDIN (1977), a análise do conteúdo é aplicável a qualquer comunicação e é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Esta técnica, segundo MINAYO (1992), é a que melhor se presta às investigações na área da saúde, em que os “núcleos de sentido” podem ser expressos ora por uma palavra, ora por uma frase ou mesmo um parágrafo.

Embora existam diferentes possibilidades de análise de conteúdo, optou-se por apreender as representações via análise temática que compreende três etapas distintas: a pré-análise ou organização do material; a exploração deste material através da sua classificação e codificação; e a interpretação dos resultados obtidos, etapa esta em que se destaca o papel do pesquisador como extremamente atuante.

ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

A opção pelo emprego de entrevistas semidiretivas implica que se está considerando a coleta e análise de dados a partir de uma dupla perspectiva: que se sabe alguma coisa a respeito das possíveis representações sociais da criança asmática e que, ao mesmo tempo, se está aberto, como afirma BARDIN (1977), para a emergência do inusitado. Sendo assim, as categorias finalmente extraídas da análise remetem-se, respectivamente, tanto a uma intenção investigativa préexistente quanto a uma consubstancialização daquilo que surgiu durante o próprio ato investigativo.

ANÁLISE DAS CATEGORIAS PROPRIAMENTE DITAS

I - A REPRESENTAÇÃO DA ASMA

Optou-se inicialmente por abordar a asma no nível representacional em sua generalidade, isto é, antes de se incluir expressamente a criança no rol da investigação.

Neste momento, buscou-se muito mais a compreensão da representação do fenômeno em si e não tanto aquela relativa à sua manifestação concreta ou sua dramatização existencial.

Conceito

A asma é um fenômeno cambiante em sua intensidade, prolixo em sua fenomenologia, exuberante em sua manifestação, complexo em sua conceitualização médica e delicado no plano do diagnóstico. A despeito disto, sua representação “conceitual” no âmbito da família é, aparentemente, pobre, mas que se revela rica a partir de uma análise aprofundada. Em geral, nas famílias, não há verdadeiramente uma idéia precisa do que seja a asma. Mais especificamente, a asma é associada com “sufoco” pelos membros da família quando incitados a defini-la.

A percepção da asma é desde o início construída, na família, muito mais a partir de uma vertente subjetiva do que a partir de considerações objetivadas. Deixam, desta feita, transparecer, como todo processo subjetivado, uma dimensão relacional.

Por dimensão relacional compreende-se que a asma é apreendida não como um fenômeno externo, distanciado do sujeito (familiar) que o observa, mas como um fenômeno que produz efeitos no observador, levando-o a compartilhar de alguma forma das vicissitudes do asmático.

Teorias explicativas

A análise das falas, a este propósito, permite perceber que se a idéia de asma apresenta-se como concisa na sua expressão manifesta, em contraste, sua explicação é profusa. As falas a este respeito tornam-se mais numerosas e ricas, seus termos mais variados.

São três as principais explicações a respeito da origem da asma: a climática; sequelas de uma enfermidade e, finalmente, hereditário.

- Tempo

As transformações, a inconstância, o choque contrastante brusco do “tempo” (seco, húmido, calor, frio) assim como as propriedades climáticas específicas são percebidas como fator explicativo causal.

O que há a ser destacado, é o fato de as explicações baseadas no clima serem mais assertivas e mais estabelecidas do que os outros tipos de explicação.

- Sequelas

Um outro tipo de explicação pauta-se na compreensão de que a asma decorre de um distúrbio anterior. Neste caso, ela é representada

como um efeito de um distúrbio que veio adquirir características crônicas em decorrência de algum acidente.

O distúrbio originário é, sem exceção, identificado como gripe: gripe mal-curada, gripe recolhida, etc.

Provavelmente, em virtude da gripe ser um fator, muitas vezes desencadeante da asma, ela passa a ser representada como o fator causal. Também, há de se considerar a possibilidade de que a gripe, por apresentar, freqüentemente, alguns sinais e características da asma, tais como obstrução das vias respiratórias, seja colocada em uma linha generativa de asma.

- Hereditariedade

A explicação pautada na hereditariedade difere das anteriores, que tem como fulcro aspectos passíveis de observação porque dotados de exterioridade e objetivação. Esta, agora, é logicamente, entendida como uma propriedade interna e intrínseca à linhagem familiar.

É envolta por dúvidas e desconfianças. Não há assertividade, mas possibilidades. À explicação duvidosa adiciona-se o fato de que a explicação é importada. Seu autor não é o membro da família em pauta, ele apenas se faz porta-voz de um saber que está fora dele.

As explicações baseadas na hereditariedade são sempre reportadas a um saber advindo de alguma autoridade e, conseqüentemente, alocado fora das experiências vividas na família.

Conseqüências

A dúvida, a incerteza, o medo do inesperado permeiam as falas. Mas o que chama atenção, antes de tudo, é que no interior desta categoria alojam-se quase que exclusivamente falas maternas. Neste contexto, o impacto que a asma pode acarretar é assumido quase sempre pelas mães. As conseqüências que poderiam incidir sobre a criança, acometida pela asma, não são sequer representadas.

Os sentimentos desagradáveis e negativos referidos pelas mães parecem estar relacionados à incerteza, ao infundável e ao inesperado, isto é, àquilo que, obscuramente, está por vir. Neste sentido, tais sentimentos consubstanciam-se em ansiedade. Esta ansiedade liga-se ao não saber em relação a uma expectativa estável relativa ao estado do filho, ao não saber quando e sob que condições ele “adoece”, ao não saber o que fazer. Esta ansiedade se traduz por um permanente estado de suspensão e expectativa. Diante do cambiante e do errático, a apreensão é a única permanência possível.

Deste modo, o que fundamentalmente se desenha por traz deste “não-saber”, desta impos-

sibilidade de antecipação, é a impotência na qual a mãe se vê precipitada.

A questão que se poderia fazer é a do porquê elas permanecem nesta posição?

No caso em análise, a paralisia aflitiva da mãe face à criança asmática se explicaria como o único recurso a seu dispor para ignorar aquilo que ela relataria em conhecer. Em outros termos, pode-se aventar a idéia que “saber algo” possa trazer à tona supostas falhas, pretensas culpas que lhe seriam intoleráveis.

Neste contexto, a hereditariedade sob a qual, como já se viu, repousa grande parte da explicação familiar da asma traz à luz, uma vez analisada, a dimensão subjetiva desta afecção no âmbito da mãe. De fato, ela aparece como metáfora, isto é, como operação de linguagem que, unindo numa única expressão representações diversas, remete a uma dimensão latente da dignificação. Idéia de uma família sem asma

A indução de falas visando a representar uma família na qual a asma estivesse ausente respondeu a um propósito de produzir um contraponto em relação à família em que a asma estivesse presente. A parte a banalidade das respostas que indicam que seria melhor se a asma não existisse, há de se destacar que em nenhuma resposta encontra-se contemplado o bem-estar possível do asmático, mas o apaziguamento dos pais.

Quase que se poderia concluir ou imaginar que a asma é uma afecção – se não uma aflição – dos pais.

II - A TOMADA DE CONSCIÊNCIA

Esta categoria, mais do que qualquer outra, contempla a raiz motivacional do processo de representação social em pauta, uma vez que ela apreende o momento em que o não familiar faz irrupção e se constitui, a partir daí, em objeto a ser elaborado.

Provavelmente existem doenças que impõem uma tomada de consciência repentina, outras que, antes da conscientização, despertam uma atenção diferenciada em função das alterações que se fazem presentes. Aparentemente este não é o caso da asma.

Muito embora, nas famílias, o entrevistador tenha instado a produção de falas acerca do momento de tomada de conhecimento da existência de asma na criança, não houve, de fato, referência a isto. As respostas às indagações do entrevistador foram raras e vagas.

A tomada de consciência pela família da existência do distúrbio asmático na criança não é precisa. Não se observa um momento, um “tempo” em que este conhecimento tenha se objetivado. A tomada de conhecimento é gradativa

e indireta. É a ocorrência de outras doenças que sempre está em primeiro plano.

A asma é uma doença comunicada, no sentido em que ela não faz parte do arsenal de conhecimentos “médicos” da população, como provavelmente é o caso da pneumonia, caxumba e outras moléstias.

A tomada de consciência gradativa e assimilada não se faz, todavia, sem impacto. A comunicação do “diagnóstico” é vivenciada pelos familiares através do medo, do susto e do apavoramento. A razão desta vivência emocional está provavelmente alicerçada num determinado tipo de representação que se tem da asma, a saber, sua incurabilidade.

Por traz desta representação e para além da reação emocional adversa o que se esboça é a figura de um ideal de existência humana livre de ameaças.

O filósofo COMTE-SPONVILLE (1997) ressalta que incluir o cálculo da morte na equação da vida provavelmente seja a tarefa mais radicalmente difícil para o homem normal.

A reação imediata, face à apreensão do conhecimento acerca da existência de um filho asmático, situa-se tanto no plano de uma manifestação emocional, quanto no âmbito da cognição. Face à comunicação, observa-se, amiúde, uma disposição intelectual inicial de resistência, que adquire por vezes um aspecto de “negação”.

III - A REPRESENTAÇÃO DA CRIANÇA NA ESCOLA

Esta categoria surgiu da análise das falas espontâneas já que a escola, mais do que qualquer outra instituição, é aquela que estabelece as condições de existência ao ser infantil.

Provavelmente, a asma por seus aspectos limitadores e pelo fato, tal como tem sido relevado na presente investigação, de estruturar-se a partir de um modelo relacional tem incidências importantes na vida escolar da criança. A escola constitui o principal espaço físico, institucional e de socialização da criança e, nesta medida, o ambiente, ao lado da família, no qual se processa o essencial de seu desenvolvimento.

É na escola que, de certa forma, a experiência do “desmame” vai ser reproduzida. Entretanto, muitas famílias, inconscientemente, sabotam esse processo através de condutas de superproteção. Nesse sentido, a principal questão que se coloca são as faltas. E se trata, aparentemente, mais de uma preocupação dos pais do que das próprias crianças.

A preocupação com a saúde da criança coloca-se em primeiro plano e, desta forma, não se dramatiza a ausência da criança às aulas.

Cumpra ainda observar que a medida em que a escolarização se adianta parece haver uma normalização das relações da família com a escola no que tange à frequência às aulas. Tal normalização passa a ser imputada ou à acalmia do processo asmático, ou a uma desdramatização no âmbito da representação da criança asmática na família, na medida em que esta passa a participar sistematicamente de atividades extrafamiliares. Poder-se-ia também perguntar se a expansão da vida da criança em espaços extra-familiares não traria benefícios diretos atenuando o processo asmático.

IV - A REPRESENTAÇÃO DA CRIANÇA DIANTE DOS CUIDADOS MÉDICOS E PROCEDIMENTOS DE CURA

Esta categoria marca o encontro da família com os cuidados prescritos pelo médico ou na tentativa de se curar a asma ou minimizar seus efeitos.

Dois subcategorias foram neste âmbito destacadas: as “simpatias” e as “nebulizações” provavelmente porque desempenham papel de referência – “senso comum” versus “saber científico” – na negociação constante em que os familiares operam para construir um conhecimento que lhes seja próprio a respeito da criança asmática.

É pelo médico que a asma faz sua introdução na família. É ele quem transforma gripes, bronquites, “trancação”, em asma. Desta feita, sua figura, seu tratamento, suas opiniões, seu diagnóstico, seus conselhos desempenham papel fundamental na representação da criança asmática por parte da família.

A procura ou peregrinação, seja em busca do médico ou de um tratamento específico, parece ser o ato inaugural das relações seguramente significativas que a família manterá com o especialista.

Simpatia

O significado da palavra “simpatia”, envolve, além da questão da atração, o sentido de “ritual posto em prática, ou objeto supersticiosamente usado, para prevenir ou curar uma enfermidade ou mal-estar” (FERREIRA, 1986, p. 1587).

Na constatação de GORDON (1996), a humanidade sofre de uma fascinação eterna pelos charlatões, motivada pelo gosto de pensar que se sabe mais do que os médicos.

Se, por um lado, a peregrinação cessa quando um especialista assume o tratamento da doença, ela por outro lado mantém-se através da procura de uma terapêutica mais decisiva do que aquela que a Medicina pode oferecer. Neste aspecto, é para além do território médico que se dará continuidade ao processo de busca, uma vez que

se quer uma cura que a Medicina não oferece. A simpatia ocupa desta forma um espaço importante nas tentativas de solução da asma.

No plano médico, aparece como fundamental apenas que o médico venha a assumir o diagnóstico de asma da criança.

Nebulização

A nebulização é um procedimento destinado a oferecer à inalação do paciente substâncias brônquio-dilatadoras. Sua aplicação tem por efeito a desobstrução quase que imediata dos brônquios fazendo cessar a agonia respiratória. Assim, aparece como a primeira medida a ser tomada diante de uma crise asmática que requeira intervenção médica. Em virtude de sua ação imediata, de seus efeitos visíveis e da importância adquirida no controle das crises asmáticas, ela assume uma importância bastante pronunciada no manejo da criança asmática. Por outro lado, a nebulização é um procedimento médico que pode facilmente ser transferido à família, que adquire, deste modo, o significado, face à criança asmática, de um fragmento importante da racionalidade médica.

V - A REPRESENTAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DO ASMÁTICO

Esta categoria, provavelmente, constitui a mais substantiva das categorias no sentido em que ela define no âmbito representacional familiar o ser criança asmática “em carne e osso”, isto é, a criança asmática em sua apreensão histórica (idades) e material (forte/fraco).

Forte/Fraco

O advento de uma crise asmática é freqüentemente comparado a um ataque bélico. Muito provavelmente o termo “ataque de asma” induz e repete, ao mesmo tempo, esta representação bastante dinâmica da afecção que evoca, quase que necessariamente, a idéia de resistência.

A criança asmática passa a ser representada como uma criança que aparenta algum tipo de debilidade. Assim como a gordura é, freqüentemente, associada à força e a magreza à fraqueza, a maior idade evoca robustez e a menor fragilidade.

Tais idéias apoiam-se, certamente, em fundamentos plausíveis, sobretudo quando se tem em mente as características sócio-econômicas das famílias entrevistadas. Mas, por outro lado, elas implicam a representação da asma como um distúrbio ou algo que submete a seus rigores as crianças, débeis ou debilitadas, inaptas à reação.

Idades

A representação da asma e, conseqüentemente, da criança asmática encontra-se associada, sob diversas formas, à dimensão temporal da existência humana. Desta feita, maiores temores, maior apaziguamento e mais tranquilidade agregam-se à representação da criança asmática conforme sua idade.

De acordo com a fala familiar, parece que a criança asmática, a despeito de sua gravidade, está sempre em melhores condições no presente do que nas extremidades do tempo. Se, quando mais nova a criança, a lembrança familiar do passado recordava sua fragilidade face à asma, a expectativa do futuro encontra-se envolta em apreensões.

VI - A REPRESENTAÇÃO DA HISTÓRIA E DINÂMICA FAMILIAR DA CRIANÇA ASMÁTICA

A criança concreta, distinta da noção abstrata e universal de criança, define-se como um sujeito histórico e determinado por uma rede de conflitos diversos. Esta categoria não se trata, evidentemente, de uma representação da família per se, mas dos prolongamentos desta criança concreta nos mitos e saberes familiares, em sua inserção no corpo das relações conflituosas que a determinam e definem. Identificar, investigar e analisar as representações da história e da dinâmica familiar significou apreender a representação acerca da criança em seu universo histórico e nas contingências da vida.

Antecedentes familiares

Observa-se que, no âmbito da representação da criança asmática na família, “antecedentes familiares” e “hereditariedade” aparecem como representações quase que independentes.

A asma na criança, neste contexto, parece fazer parte de um registro da pertença. Signo da continuidade familiar, assim como o nome próprio familiar que marca cada membro numa ordem simbólica ou o brasão heráldico que sinteticamente estabelece uma história de gerações destinada a dar sentido à vida dos indivíduos de um determinado agrupamento, a asma une solidariamente os membros da família.

Provavelmente, em decorrência desta capacidade de se constituir como símbolo de uma identidade familiar é que se observa quase que uma jubilação verbal quando se oferece à família a oportunidade de se falar sobre os seus “antecedentes”.

Há de se observar que, se são sobretudo as mães que se dispõem a falar sobre a asma e a criança asmática na família, no presente caso, as falas são produzidas tanto pelos pais como pelas mães.

A asma, sua herança, sua transmissão assume um caráter efetivamente simbólico na identificação das relações de parentesco.

Se a “antecedência” une, identifica e, sobretudo, inclui a criança numa família, a “hereditariedade” tem outra representação. A “antecedência” diz que a criança não é excepcional, mas igual aos “outros”. Ao contrário, a “hereditariedade” representada como algo interno, congênito, expõe mazelas quando atualiza a asma na criança. Parece que, neste caso, os familiares se penalizam pelo flato de produzirem desvios e excepcionalidade em filhos que se desejam normais, isto é, “igual aos outros”.

A antecedência não questiona diretamente os pais, uma vez que se espraia e se dilui numa ordem geracional que, muitas vezes, se perde no tempo. A antecedência em sua trama de permutações envolve os diferentes ramos da família, ao passo que a “hereditariedade” parece convocar diretamente os pais ou um dos pais. A eles cabe muito mais diretamente e de forma mais imediata a responsabilidade pela asma no filho. Provavelmente, é em função da dor infligida por este tipo de consciência é que se vê uma representação cindida entre os papéis da “antecedência familiar” e “hereditariedade”.

Histórias familiares

Resgatar e compreender as histórias familiares aponta para a perspectiva de se compreender como a criança asmática é significada a partir da fala familiar e qual o simbolismo eventual que a asma encerra na história concreta de uma determinada família.

As histórias de família revelam uma estrutura interna em que se destacam os fatos de serem testemunhados e relatados por mulheres; em seguida, de ser de uma (mulher) ancestral que se tem o dito originário e fundador; de serem construídas num tempo profético e dentro de uma modalidade reiterativa. Há que se sublinhar, conseqüentemente, no contexto da “história de família”, a dimensão profundamente feminina na significação da criança asmática: uma espécie de verdade, assegurada pelo testemunho feminino, que se transmite e se conserva na família através da memória e da fala das mulheres.

A agressividade nas histórias familiares

A agressividade aparece de maneira recorrente nas histórias de família. Trata-se de um conteúdo específico que merece ser destacado em decorrência da importância que lhe é alocada no interior das falas referentes ao ambiente familiar.

O ambiente surge como influência decisiva para qualquer ser humano. É da possibilidade

de se olhar este ambiente, seja externo ou interno, seja passado ou presente, que se pode compreender o ser humano, enquanto indivíduo e enquanto parte integrada a um meio que, de certa forma programa-o desde o berço, e procura dirigi-lo ao longo de toda a sua história. Assim é o ciclo, o que ora acontece depende daquilo que um dia aconteceu e determina o que está por vir.

No caso da asma, o significado assumido pelas famílias deixa explícita a relação direta com a vivência anterior com a enfermidade.

Reaparece a questão do ataque, trazendo embutida a idéia de agressividade, explosão, algo fora do controle. Parece que aqui forma-se um contraponto. Por um lado, tem-se o sintoma primeiro da asma que é de “trancação”, de “aperto”, de “sufoco”, ou seja, de algo que fica contido. Por outro, estas “explosões” em nível de comportamento parece que se colocam à serviço do alívio do sintoma original. É como se estivesse sendo empregado um mecanismo de compensação: conter de um lado, mas liberar de outro. Estas explosões, neste sentido, garantem o equilíbrio ou a homeostase do indivíduo, e de alguma forma são resgatadas e perpassam pelas histórias de família

Dinâmica Familiar

Comportamento/Afetividade

Analisando-se o comportamento familiar relativo à asma e ao asmático, está-se, ao mesmo tempo, aprofundando a compreensão sobre o significado dessa presença no seio da família. Neste sentido, a asma assume um valor comunicativo particular, referenciado pelas histórias inscritas no decorrer do tempo, e que agora participam ativamente do jogo circular das interações familiares.

É aí que se coloca a questão da intersubjetividade. O que é dito, o que é contado hoje, remete ao passado e ao mesmo tempo determina o futuro. É na continuidade intersubjetiva do discurso que se constitui a história do sujeito. Nestes termos, surge a questão da cumplicidade: o sofrimento não é daquele que traz o sintoma asmático, mas de todos que o rodeiam.

A família, enquanto núcleo referencial para a constituição do sujeito, deixa transparecer um sofrimento coletivizado, não só no âmbito da família nuclear (pai, mãe e filhos), mas comumente expandindo-se e mobilizando os familiares mais distantes.

Segundo HAYNAL, citado por SILVA (1994, p.205), “a constelação familiar do asmático configura (...) uma ‘vitimização mútua’: encontram-se famílias vítimas de asmáticos e asmáticos vítimas de suas famílias”.

Para melhor entender esta questão deve-se, primeiro, buscar entender as bases culturais da constituição familiar, onde cada membro tem seu papel definido e aceito. Segundo BADINTER (1985), a sociedade moderna ocidental atribuiu à mulher a principal responsabilidade pela sobrevivência, saúde e educação do filho. Este atributo é plenamente aceito pela mãe que acredita ter recebido, com a maternidade, os dons naturais que a tornam a única pessoa capaz de cuidar e entender plenamente o seu rebento.

Também o papel masculino é ideologicamente bem marcado. Ao homem, o representante da racionalidade, da força e da autoridade, cabe o sustento da família, sendo o seu distanciamento dos filhos atribuído à sua própria natureza, bem como às demandas do trabalho (REIS, 1985).

Assim, fica entendido que o pai, embora nunca totalmente alheio, é, de certa forma, “desculpado” por não se envolver mais no cuidado da criança e a mãe, sem hesitar, na ausência dele, assume o seu papel.

O que se depreende, é que o fato de ter gerado um filho com problema, faz com que a mãe o veja definitivamente vinculado a ela e, também por isso, tenda a assumir toda a responsabilidade do seu cuidado. Isto, de certa forma, torna a “família asmática” um núcleo de matriarcado, dentro de uma sociedade patriarcal, o que deixa marcas no comportamento de todos os membros da família, inclusive no portador do problema.

O sentimento materno de que só ela é capaz de cuidar bem do seu filho faz com que ela sinta a sua ausência como um prejuízo para a criança. Este senso exacerbado de responsabilidade pelo bem-estar da criança e a noção de que este filho é totalmente dependente geram comportamentos de superproteção. E é este agir superprotetor que, por sua vez, gera sentimentos ambíguos de todos os membros da família.

VII - OS MOMENTOS DE SILENCIO

A fala, a expressão barulhenta dos comunicados dirigidos à entrevistadora, permitiu que se vislumbrasse a importância do silêncio e sua dinâmica na consideração da criança asmática por parte da família. Por trás do véu silencioso perfilava a imagem da morte temida e negada. Onipresença discreta, o silêncio, simbolizando muitas vezes os passados temidos da morte, foi, provavelmente, a referência que se impôs com mais força emocional ao se escutar a fala dos familiares a respeito da criança asmática.

Neste caso em particular, o que mais chama a atenção é o fato de que os sentimentos de culpa, de insatisfação, de desconforto diante do inevitável, embora notórios, jamais são mencio-

nados. Eles são visíveis, mas indizíveis. Em outras palavras, são coisas sentidas e pensadas, mas guardadas sob o rótulo de “isto é feio pensar” e, assim sendo, são negados.

Há, também, os sentimentos que, embora “permitidos”, causam dor e angústia. Estes são escondidos, não por provocarem vergonha ou medo do juízo alheio, mas por colocarem as pessoas diante de situações em que se sentem responsáveis pela sua solução, mas impotentes para tal.

A noite, os finais-de-semana, são momentos de silêncio que interrompem o barulho da vida e coloca as pessoas em condição de escutar a si mesmas. Neste caso, o que pode “ouvir” uma mãe diante do filho que tem o seu sinal vital básico comprometido por uma crise de asma?

Torna-se inevitável o confronto entre a mãe, viva e saudável, e a possibilidade da morte do filho. Dentro da representação social da maternidade, é a mãe que dá a vida e também é ela a responsável pela manutenção desta vida até a idade adulta. Provavelmente não há mulher que não incorpore este papel. 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Integrando a totalidade do conhecimento capitalizado acerca da representação da asma e da criança asmática na família, cabe ressaltar que uma das primeiras questões neste estudo, que vinha suscitando dúvidas, era sobre o fato da mobilização das pessoas em torno da asma se dar simplesmente pela tomada de consciência do diagnóstico, ou pela maior ou menor gravidade do quadro clínico.

Pensa-se, hoje, que a asma, assim como outras doenças crônicas, socialmente estigmatizadas, colocam-se na dimensão do tudo ou nada. O câncer, por exemplo, ou o indivíduo o tem, ou não o tem. Pouco ou nada conforta saber de sua extensão. E a asma, igualmente, parece colocar-se nesses termos. Daí talvez o porquê das pessoas relutarem tanto em aceitar a notícia de que um filho tenha asma. É o mecanismo da negação que se explícita, numa tentativa de manter a homeostase familiar.

Entra-se, então, numa outra linha de pensamento. O que tem a asma, que significados lhe são atribuídos que justificam um uso tão maciço de tais mecanismos de defesa? Que sentimentos desperta e por que eles aparecem?

A explicação pode estar nos sinais que, concretamente, indicam a presença da vida.

A função respiratória, assim como os batimentos cardíacos, assumem um importante papel no início da vida, determinando, desde os primeiros segundos, a possibilidade de o ser humano viver ou morrer. A sua regulação é complexa. Estreitamente ligada aos Sistema Nervoso Central e Autônomo, a respiração está, também, indissoluvelmente associada aos diferentes estados psíquicos.

A respiração está, pois, na fronteira do automático e do voluntário.

Não pondo em dúvida a utilidade do tratamento de fundo proposto pelo modelo médico, assegura-se, no entanto, essencial uma intervenção dirigida aos mecanismos etiopatogênicos de natureza psicológica, subjacentes à própria descompensação somática.

O modelo de uma família rigidamente unida, emaranhada, em que todos se superprotegem e em que a linguagem da doença substitui a linguagem das emoções e dos afetos constitui a principal herança recebida e mantida ao longo das gerações.

Ao mesmo tempo em que a presença de antecedentes asmáticos remotos são lembrados

quase como quem sustenta um “brasão de família”, quando a questão se entrelaça como elos genéticos próximos (pai/mãe) a angústia, a ambivalência, a impotência e o medo tomam conta e determinam o contexto em que a representação acerca da doença vai se construindo.

Tudo isso remete a uma questão crucial: a de que não detemos quase nenhum controle sobre a vida e muito menos sobre a morte, que pode ocorrer a qualquer momento e de uma maneira que nem sequer imaginamos.

“A insegurança gerada por essa falta de controle, pela sensação de que é algo que foge ao nosso alcance compreender quem ou o quê ‘manipula’ os cordéis que determinam os rumos de nossa vida, é a fonte maior de todos os medos...” (SILVA, 1994, p. 224-5).

Resta, então, a todos aqueles que compreenderem essa forma de representar a asma poderem navegar através do conhecimento forjado na angústia, no estranhamento familiar, no desconhecido, na esperança de propiciar um encontro que possibilite à criança asmática e a sua família uma existência digna.

Abstract: The aim of this work, based on the Theory of Social Representations, connected to the Psychoanalytical Theory, was to apprehend the social representation of the family concerning asthmatic children. Five families collaborated. The study material was obtained through semi-structured home interviews and analysed through the content analysis method. Questions were raised regarding the knowledge about the disease and the impact that its diagnosis produces on the family relations. Other emerging points were analysed, such as the questions of heredity and blame, negation and fear, feelings of ambivalence and impotence that pervade the mother-child relationship, besides using the disease as a mask to hide a conflicting family structure.

Key words: asthma; family-affirmative child relations; affirmative child.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J.d.; MARCELLI, D. *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- ANDERSON, H. R. Is the prevalence of asthma changing? *Archives of Disease in Childhood*, 64 (1): 172-175, 1989.
- BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor mútuo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALFOUR-LYNN, L. Growth and childhood asthma. *Archives of Disease in Childhood*, 64 (1): 1049-1055, 1989.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BUIST, A. S. Asthma mortality: what have we learned? *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 84 (3): 275-283, 1989.
- CADMAN, D.; BOYLE, M.; SZATMARI, P.; OFFORD, D.R. Chronic illness disability and mental and social well-being. *Pediatrics*, 79: 805-813, 1987.
- CAMPOS, H.S. Asma: um problema global. *Journal de Pneumologia*, 19 (3): 123-7, 1993. (Parte I nº especial).
- CARVALHO, M. Q. R. et al. Asma brônquica infantil. *Médico Policlinico*, 4 (65): 2-10, 1981.
- CLARK, N. M. et al. Developing education for children with asthma through study of self management behavior. *Health Educ. Quart.*, 7: 278-297, 1980.
- COMTE-SPONVILLE, A. *Bom dia, angústia!* São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- FERNANDES, A. H. R. A asma da criança. *O Médico*, 85 (1369): 422-27, 1977.

- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FRITSCHER C. C. et al. Modificações na prevalência de asma brônquica em escolares de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 20: 610, 1994.
- GORDON, R. *A assustadora história da medicina*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.
- HARRINSON, H. *Medicina interna*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 1988.
- HAYNAL, A.; PASINI, W. *Manual de medicina psicossomática*. São Paulo: Masson, 1984.
- JODELET. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Em: S. MOSCOVICI (Org.), *Psicología social*. Barcelona: Paidós, 1986. p. 469-494.
- LEWISTON, N. J. et al. A self-help group for parents of asthmatic children. *Clin. Pediat*, 16: 888-890, 1977.
- LORAS, O. Phénoménologie de l'asthme chez l'enfant. *Psychologie Médicale*, 15(4): 565-70, 1983.
- MINAYO, M. C.d. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanalyse*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- NOVILHAN, P; DUTAN, G. *A criança asmática, como a compreender e ajudar*. Lisboa: Moraes Editores, 1983.
- NUNES, C. et al. Estudo epidemiológico da patologia respiratória em idade escolar. *Jornal do Médico*, 122 (2200): 40-51, 1987.
- PARK, S. J. Aspectos Psicológicos no tratamento da asma em crianças. *Baillière's Clinical Paediatrics*, 3: 417-425, 1995.
- PECKHAM, C.; BUTLER, N. A national study of asthma in childhood. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32: 79-85, 1978.
- PHELAN, P. D. Asma em crianças e adolescentes: generalidades. *Baillière's Clinical Paediatrics*, 3: 247-252, 1995.
- REIS, J. R. T Família, emoção e ideologia. Em: S. T. M. LANE & W CODO (Orgs.), *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1985.