

Mirna Albuquerque Frota^I

Mariana Cavalcante Martins^I

Rita de Cássia Andrade Neiva Santos^{II}

Significados culturais da asma infantil

Cultural meanings of the infantile asthma

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os significados culturais da asma infantil com origem na mãe-cuidadora.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Pesquisa qualitativa realizada em 2004, no município de Fortaleza, CE. Foi utilizada a observação participante com abordagem etnográfica e entrevistas com sete mães acompanhantes de seus filhos em unidade de emergência hospitalar. Os significados das falas das mães foram identificados utilizando-se a técnica de análise temática.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: Foram identificadas duas categorias de discussão; na primeira, “desinformação sobre a doença”, foi possível perceber que as mães não são informadas sobre a doença do filho. Na segunda categoria, “cuidado cultural”, as mães referem informações sobre os cuidados e utilizam recursos do saber popular para prevenir a asma dos filhos, como o cuidado ambiental e a utilização de remédios caseiros à base de plantas medicinais.

CONCLUSÕES: As características de desinformação e desconhecimento materno em relação à asma do filho mostram a necessidade de haver um trabalho educativo intenso, dialógico e problematizador em estreita colaboração com o tratamento, visando à melhoria do prognóstico da doença.

DESCRITORES: Asma, etnologia. Bem-Estar da Criança. Relações Mãe-Filho. Antropologia Cultural. Pesquisa Qualitativa.

^I Departamento do Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil

^{II} Departamento de Medicina. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Mirna Albuquerque Frota
Departamento do Mestrado em Saúde Coletiva
Universidade de Fortaleza
Av. Washington Soares, 1321 - Edson Queiroz
60811-905 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: mirnafrota@unifor.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the cultural meanings of infantile asthma from the perspective of the mother/carer of the child.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: Qualitative research conducted in 2004, in the city of Fortaleza (Northeastern Brazil). An ethnographic approach was utilized, consisting of participant observation and interviews with seven mothers, accompanying their children in a hospital emergency ward. Thematic analysis was the technique employed when identifying the meanings of mothers' discourse.

ANALYSIS OF RESULTS: Two discussion categories were identified: "disinformation on illness" in which it was possible to perceive that the mothers were not informed with respect to their children's illness; and "cultural care" in which they relate information on caretaking and they use resources of popular knowledge to prevent their children's asthma, such as environmental care and the use of popular remedies, based on medicinal plants.

CONCLUSIONS: The disinformation and lack of maternal knowledge on infantile asthma among the mothers indicate the need for an intense educational program, problematizing in nature and based on dialogue, conducted in close collaboration with the treatment aimed at improving the prognosis of the disease.

DESCRIPTORS: Asthma, ethnology. Child Welfare. Mother-Child Relations. Anthropology, Cultural. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A asma afeta tanto a criança quanto sua família, por motivos como: o caráter hereditário da doença, que leva à sensação de culpa dos pais por a terem provocado no filho; a distorção das relações familiares, mediante a frustração de ter um filho doente e da ansiedade por não saber lidar com a doença; e a imprevisão da ocorrência de episódios agudos, levando a prejuízos na vida social e familiar.

Além disso, existe a necessidade de adaptar a casa, como retirada de tapetes, plantas, cortinas e animais domésticos, pois a higiene doméstica é medida de educação preventiva. A asma pode ocasionar ainda problemas com os irmãos saudáveis, por sentirem-se negligenciados e com irmão asmático, ao excluí-lo de atividades lúdicas e tratá-lo como fraco. Citam-se também os problemas financeiros advindos da necessidade terapêutica, como a alta frequência aos serviços de emergência, causando absenteísmo profissional dos pais e risco de demissão.¹

Há registro de aumento do número de internações por asma entre 1993 e 1999, e indícios de que a prevalência da doença esteja aumentando em todo o mundo, inclusive no Brasil. Em 1996, os custos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internação por asma foram de 76 milhões de reais (US\$ 133 milhões de dólares), 2,8% do gasto total anual e o terceiro maior dispêndio com uma doença.⁴

Percebeu-se que no âmbito hospitalar em atendimentos de emergência, crianças apresentavam hipertermias de origens variadas, como infecções de vias aéreas superiores e inferiores, dentre outras. Na maioria dos atendimentos, as crianças recebiam intervenções e não mais retornavam, pelo menos não com a mesma causa de atendimento. Porém há casos prevalentes em crianças com idade inferior a cinco anos de procura significativa de atendimento pelas mães, que voltam a todo o momento com o filho ofegante e dispnéico, como fazendo parte de uma rotina de vida. Esse fato alerta para a importância da realidade cultural das mães cuidadoras, haja vista que a criança não tem independência no autocuidado da rotina diária.

A vida da criança asmática nem sempre se desenvolve de maneira normal; é objeto de cuidados exagerados, sendo impedida pela mãe de praticar jogos ao ar livre, andar de bicicleta, ficar descalço, comer alimentos gelados, expor-se ao sol ou ao vento.^{1,5}

A fase preventiva é relevante em razão das recidivas das crises asmáticas. Observa-se a necessidade de intervir, mas surge a dificuldade por não conhecer as mães cuidadoras dentro da realidade cultural, por se tratar de vários grupos sociais. O profissional da saúde é responsável por lidar com seres humanos em fase de formação física, mental, psicológica e social, no qual ainda existe foco na

pedagogia tradicional, sendo esquecida a característica dinâmica com base experimental.^{2,3,6} Maior escolaridade propiciaria um conjunto de ações relacionadas ao cuidado mais adequado da criança e ao conhecimento de medidas preventivas de saúde, as quais reduzem a morbidade por doença respiratória.⁷ Acreditando que um dos principais pilares da prevenção e controle da asma diz respeito ao processo educativo, é preciso conhecer as características culturais e sociais da mãe-cuidadora dessa criança asmática que procuram, em crise, o serviço de emergência. Os questionamentos surgem em relacionar as recidivas com a questão cultural materna, o conhecimento dessas mães sobre a doença e que ações preventivas são adotadas na prevenção dessas crises, valorizando o cuidado materno.

Diante dessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo analisar os significados culturais da asma infantil, com origem na mãe-cuidadora.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo qualitativo realizado em um serviço público de emergência pediátrica, localizado no município de Fortaleza, CE, em 2004.

A pesquisa de campo foi norteada pela prática etnográfica, delimitando-se abordagem particular do tema cultural da asma na infância. Foram descritos os significados culturais de determinado grupo, tendo como idéia central a cultura, formada por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes, toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade.^{11,13,15}

O objeto de pesquisa consistiu de discursos sobre asma infantil, elaborados por diferentes agentes sociais, de acordo com opiniões, sentimentos, atitudes e diferentes visões de mundo, associadas à experiência com o fenômeno – questões fundamentais nas pesquisas em antropologia médica. Os critérios de inclusão foram: mãe de criança com idade entre dois e cinco anos, em razão da maior importância do diagnóstico clínico nessa faixa etária, pois em criança menor de um ano diversos quadros de infecções respiratórias por vírus (bronquiolites viróticas) prejudicam e confundem o diagnóstico diferencial com a asma; a criança teria que ser cuidada pela mãe e não freqüentasse atividade escolar nem desportiva fora do domicílio, para que as crises de asma não tivessem interferência alheia ao cuidado materno. Participaram do estudo sete mães, biológicas ou adotivas, de crianças que possuíam história clínica e/ou prontuários que informassem mais de quatro atendimentos de crianças com diagnóstico de asma, cansaço ou falta de ar, nos 12 meses anteriores à coleta de dados. Para efeitos de identificação, as mães foram nomeadas de M1 a M7.

Para coleta dos dados realizou-se visita domiciliar programada e com autorização prévia das sete mães.

O domicílio da família foi o local onde foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas de forma individual, norteada por três perguntas: “O que você sabe sobre a doença de seu filho?”; “Quais cuidados tem para prevenir as crises de asma?”; “O que gostaria de saber sobre a asma do seu filho?”. Os encontros tiveram duração de duas a três horas.

Durante as entrevistas, procurou-se tornar o ambiente descontraído e tranquilo, possibilitando maior envolvimento de ambas as partes, pesquisadoras e informantes, ao mesmo tempo aproveitando para se fazer anotações no diário de campo.¹³ Nesse momento, tencionou-se permanecer nos níveis de observador participante e reflexivo, identificando sentimentos e interpretações.

Buscou-se explicitar, na análise do conjunto de informações que expressam as experiências particulares das mães dos entrevistados, os significados e noções da asma infantil nos diferentes discursos, no qual se revelaram as lógicas internas e as possíveis relações estabelecidas entre essas formas díspares de expressar realidades tão diversas.

A observação participante possibilitou envolvimento com os sujeitos, tendo sido feitas anotações descritivas e exploratórias no diário de campo, como atitudes, comportamentos das mães com a criança e em relação ao estado de emergência do filho, emergindo na realidade dos sujeitos num “continuum”.⁸

Após anotados, esses fatos observados foram analisados complementarmente aos depoimentos. O material gravado e transcrito foi classificado com base em extratos de narrativas, frases recorrentes e não usuais identificadas nos depoimentos, analisados segundo temas específicos.⁹ O material foi sistematizado em categorias classificatórias, consideradas ferramentas conceituais.

Todas as entrevistas e observações foram realizadas mediante assinatura de termo de consentimento, garantindo-se o caráter voluntário e o anonimato dos participantes, atendendo às normas do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Conhecimento popular sobre a doença

Na comunidade em que as informantes estavam inseridas, foi perceptível o fato de que as mães se referem à asma como “puxado ou cansaço”, o que deve ser validado como informação na história clínica diante das características culturais linguísticas da comunidade. Há forte relação do nome atribuído pelas mães para asma com o quadro clínico em que o diagnóstico da asma, assim como sua classificação abaixo de sete anos, fica limitado quase que exclusivamente ao critério clínico, já que nessa fase nenhum diagnóstico laboratorial e/ou funcional fornece fidedignidade.¹⁰

Observou-se a incompreensão sobre a doença do filho nos depoimentos maternos, possivelmente relacionado à falta de informação e de esclarecimentos por parte das equipes responsáveis pelos atendimentos; à baixa escolaridade das mães; e à falta de acesso a serviços de acompanhamento especializado, que incluíssem estratégias de promoção de saúde e prevenção da asma.

“Não sei nem explicar, só sei que a asma se pega de quentura e pêlo; nunca ninguém me explicou o que é isso”. (M2)

A carência de esclarecimento coerente sobre a doença, que por vezes acometia a própria mãe, em muitos casos pode ser ocasionada por falta de envolvimento dos profissionais de saúde na educação. Ademais, diante das atuais políticas públicas, a saúde tem sido direcionada ao tecnicismo.

“Nunca explicaram nada sobre a doença; de como surgiu me dizem que ela herdou de mim porque eu era asmática”. (M5)

A necessidade da educação para a saúde se faz presente de forma urgente, com a conscientização dos profissionais de saúde para que possam colaborar para a maior efetividade na prevenção de asma. Somente o assistencialismo técnico não produz autonomia e, se for mal feito, produz dependência irreversível.

Em contrapartida, os atrasos na definição diagnóstica da asma devem ser observadas, devendo adaptar-se a diagnóstico novo, com descrição detalhada da história clínica da criança que permita detecção precoce, para tratamento mais eficaz.¹²

Cuidado cultural

Diante dos relatos em relação à asma infantil, percebeu-se nas falas das mães um conhecimento cultural sobre a doença do filho, no qual utilizam recursos do saber popular para prevenir a asma, como o cuidado ambiental e a utilização de remédios caseiros à base de plantas medicinais.

“Faço remédio caseiro com cumaru, lambedor de cupim e de outras ervas”. (M4)

O “cuidar” se faz pelo desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimentos, sejam eles científicos, por experiência, intuição e/ou pensamento crítico, para promover, manter ou recuperar sua dignidade e totalidade humana.¹⁶ Por meio do cuidado, a comunidade previne e promove saúde, mesmo que dentro de sociedades culturais diversas.

“Não deixo andar descalço, (...) Mas quando ele está tossindo eu corro logo para o Hospital, porque se eu demorar ele entra em crise”. (M6)

O significado dessa expressão é que as mães se sentem

perplexas diante do mistério que envolve o desencadeamento das crises de seus filhos, e muitas vezes inseguras ou insatisfeitas com a explicação ou orientação recebida. Sendo assim, elas procuram prevenir o problema, acreditando em um conhecimento proveniente da cultura ou da crença que justifique sua impotência diante da situação. A crença é explicada pelas mães quando procuram o uso de chás, para curar ou prevenir a asma. Atualmente é mais fácil de se dialogar sobre valores e crenças, embora alguns profissionais da saúde mostrem atitudes de desconsideração e desrespeito, às vezes sem se dar conta.

Em relação às receitas para ajudar na cura da asma, o profissional de saúde deveria sempre procurar conhecer e valorizar o que é cientificamente comprovado por evidências, tentando mostrar ao cliente o que deve ser mantido e o que evitar. Muitas mães acreditam que o contato do filho com lugares com climas quentes ou frios e com ventos fortes agravam a doença, tendo ligação com injúrias anteriores quando interligadas com essas diversidades. Por ser a asma uma doença multifatorial, onde estão envolvidos desencadeadores alérgenos diversos, muitas vezes requer observação rigorosa familiar, para que então as reações alérgicas específicas a determinados fatores sejam percebidas individualmente.

“Não deixo ele levar sol, nem poeira, não usar ventilador, evitar água quente, terra quente”. (M1)

Os relatos sobre do cuidado cultural foram semelhantes entre as mães, mas nem sempre tinham ligação com a realidade necessária e específica da criança. Só se chegará ao cuidado para a saúde particularizada, específica e atuante, por intermédio da educação materna, proporcionando efetiva atuação do cuidado necessário. O cuidado da mãe envolvendo a cultura do que possa causar episódios de asma em seus filhos está relacionado e valorizado por suas crenças, ou seja, só a mãe que acredita que os alérgicos inalantes podem desenvolver asma é que compreenderá os efeitos da higiene do ambiente físico no controle da doença.

“(...) não dou banho nele com água quente, nem deixo ninguém chegar perto dele com corpo quente, nem fumando”. (M7)

A mudança de estilos de vida ocorre principalmente pela mãe, que tem que parar de trabalhar fora de casa. Por outro lado, quando pára de trabalhar, a mãe sacrifica a renda familiar, justamente quando a necessidade financeira é maior, em razão das necessidades de cuidado, como na substituição do uso de fogão a lenha para o uso de fogão a gás. Assim a responsabilidade do pai aumenta em carregar duas preocupações financeiras: o sustento da família e a saúde do filho.

“Aqui na minha casa de vez em quando a gente cozinha com fogão de lenha, e parece que faz mal, não é?”. (M1)

As mães que têm acesso apenas às emergências com seus filhos elaboram com os próprios meios o discurso sobre a doença, com suporte nos profissionais de saúde lھے transmitiram; reconstituem uma cultura com informes fragmentados, palavras mal compreendidas e frases arrancadas do atendimento de emergência.

Assim, se faz necessário um diálogo eficaz entre profissional da saúde e o cliente que valorize o saber cultural, adequando o discurso e proporcionando um momento de troca de experiências para que os pais saibam cuidar de seus filhos asmáticos de forma consciente e eficaz.^{14,17}

CONCLUSÕES

Os significados culturais da asma infantil, com origem na mãe-cuidadora, estão relacionados à falta de conhecimentos, formação ou de mais informação. Faz-se

necessário socializar o conhecimento e democratizar os processos de aprendizagem dos cidadãos para também favorecer a assistência interdisciplinar e transdisciplinar por parte dos profissionais.

De acordo com as informações maternas sobre o cuidado com o filho, foram observados modos de cuidar específicos, dentro da cultura da comunidade, diante do problema de saúde do filho. Torna-se relevante um cuidado reflexivo, de modo simultaneamente crítico e propositivo, dando ênfase à necessidade de reorganização das práticas de saúde.

Portanto, recomenda-se realizar um trabalho educativo intenso, dialógico e problematizador em estreita colaboração com o tratamento, visando à melhoria do prognóstico da doença. Dessa forma, profissionais de saúde e mãe cuidadora da criança devem ser responsabilizados pela prevenção e eliminação da doença, bem como pela a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bosi DR, Reis AOA. A criança asmática na família: estudo de uma representação. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2000;10(2):60-76.
2. Campos CMS, Mishima SM. Necessidade de saúde pela voz da sociedade civil e do estado. *Cad Saude Publica.* 2005;21(4):1260-8.
3. Emerson F, Melo Y. Asma Infantil sem segredos. Rio de Janeiro: Vitrô & Comunicação; 2001.
4. Fiori RW, Comparsi AB, Reck CL, Oliveira JK, Pampanelli KB, Fristcher CC. Variação na prevalência de asma e atopia em um grupo de escolares de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *J Pneumol.* 2001;27(5):237-42.
5. Frota MA, Barroso GT. Desnutrição infantil na família: causa obscura. Sobral: Universidade Vale do Acaraú; 2003.
6. Hurst SD, Seymour BW, Muchamuel T, Kurup VP, Coffman RL. Modulation of inhaled antigen induced IgE Tolerance by ongoing the responses in the lung. *J Immunol.* 2001;166(8):22.
7. Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de riscos para internação por doença respiratória aguda em crianças de até um ano de idade. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):351-8.
8. Minayo MCS. Construção da identidade da antropologia na área de saúde. O Caso Brasileiro. In: Alves PC, Rabelo MC, organizadores. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1998. p.29-46.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
10. Naspitz CKI. Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol.* 1998;24:187-96.
11. Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research-methods in nursing research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
12. Stubbe Ostergaard M. Childhood asthma: reasons for diagnostic delay and facilitation of early diagnosis- a qualitative study. *Prim Care Respir J.* 2005;14(1):25-30.
13. Turato ER. Tratado da metodologia de pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
14. Trollvik A, Severinsson E. Parent's experiences of asthma: process from chaos to coping. *Nurs Health Sci.* 2004;6(2):93-9.
15. Vieira NF, Vieira LJ, Frota MA. Reflections on the ethnographic approach in three research studies. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(5):658-63.
16. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1999.
17. Young B, Fitch GE, Dixon-Woods M, Lambert PC, Brooke AM. Parents' accounts of wheeze and asthma related symptoms: a qualitative study. *Arch Dis Child.* 2002; 87(2):131-4.