

RELAÇÃO DE CUIDADOS E TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS



Jerto Cardoso Silva

Universidade de Santa Cruz do Sul -UNISC -Brasil



Resumo

O objetivo geral desta pesquisa é investigar o processo de adoecimento de bebês e crianças imersos numa rede de relações de cuidados que se agravam ou são agravadas por dificuldades geradas pelo aparecimento de transtornos respiratórios. Os sujeitos dessa pesquisa são os cuidadores de crianças internadas, devido a problemas respiratórios, na faixa etária de zero a cinco anos, num Hospital do Vale do Rio Pardo. Realizamos 30 entrevistas que subsidiaram, através de estudos de caso, o entendimento de 22 casos e que nos possibilitaram uma análise inicial dos sentidos construídos sobre os transtornos respiratórios nas histórias de cuidadores e crianças. As entrevistas e nossas observações nos dão indícios de que elementos como separações, entre os cuidadores (pais e avós) e as crianças, são acontecimentos que estão correlacionados às crises respiratórias e internações. Salientamos que os elementos simbólicos e relacionais devem ser também considerados como elementos constituintes desses transtornos.

Palavras-chave: relação de cuidados, transtorno respiratório, primeira infância, aspectos psicossociais.

Introdução

Esse estudo visa entender os problemas respiratórios na primeira infância, focalizando a dimensão psicológica nas relações entre os cuidadores¹ e as crianças em situação de cuidados durante o período de uma internação hospitalar.

O objetivo geral da pesquisa é investigar o processo de adoecimento de crianças imersas numa rede de relações de cuidados que agravam ou são agravadas por dificuldades geradas pelo aparecimento de transtornos respiratórios. Aliado a isso, buscamos averiguar os sentidos construídos pelos cuidadores em torno dos primeiros sinais de dor e/ou sofrimento das

crianças frente à exacerbação dos problemas respiratórios, através de trechos das entrevistas semiestruturadas realizadas com os cuidadores que subsidiaram a constituição do histórico dos casos.

A integração no meio social e as relações que se constituem com os outros são de fundamental importância para a saúde dos seres humanos. Os distúrbios respiratórios, por serem considerados transtornos de etiologia multifatorial, estão na fronteira entre o físico e o psíquico (VILELLA e TRINCA, 2001) e as suas relações com a dimensão social.

As representações simbólicas da respiração parecem estar estreitamente conectadas na relação inter e intrapsíquica, pois o pulmão também é um órgão que permite intercâmbio/relacionamento/processos de mediação. Ajuriaguerra e Marcelli (1998) enfatizam que a atividade respiratória pode ser modificada pelas emoções. Embora a atividade respiratória, do ponto de vista biológico, imponha um desligamento do corpo materno no ato do nascimento, psicologicamente isso não ocorre. Portanto, em relação à respiração há uma independência, mas, ao mesmo tempo, uma dependência psíquica. O meio intrauterino é oposto ao extrauterino e, é no pós-natal, que ocorre biologicamente uma separação entre a mãe e a criança, mas no âmbito psicológico, leva-se anos para se constituir uma certa autonomia. A respiração é realizada através de uma função rítmica e a alteração desse ritmo pode causar ansiedade, podendo levar a sentimentos de morte e, conseqüentemente, a mais ansiedade e angústia, assim como a ansiedade pode alterar o ritmo respiratório (CHIOZZA, 1997). Aqui temos um enlace com a linguagem, sendo que esta pode restabelecer, alterar, transformar, modificar e subverter o próprio ritmo respiratório.

As doenças respiratórias, como diz McDougall (1996), são manifestações que têm visibilidade somática e que se situam no contexto de uma história que é possível reconstituir, ou de uma mitologia que é preciso construir. Sendo assim, esses transtornos foram e são impregnados de subjetividade no decorrer da história e da vida dos sujeitos envolvidos, seja como doentes ou como cuidadores.

Essas assertivas nos possibilitam afirmar que é no entorno da doença e não nas suas predicções biológicas que se constitui o foco desse trabalho. A qualidade das relações afetivas, em especial a relação cuidador/criança, parece ser constitutiva dos distúrbios respiratórios. Essas relações têm a linguagem como um dos seus elementos fundamentais, de sustentação da qualidade de vida e da saúde do sujeito. A comunicação simbólica envolve e

passa a constituir as funções somáticas, tornando-se um elemento tão importante na recuperação dos estados de saúde quanto os de base biológica.

Os transtornos psicossomáticos, as doenças e os distúrbios psicológicos graves são complicadores na relação que se estabelece entre os cuidadores e as crianças, podendo inviabilizar o tratamento e a melhora das crianças em situação de internação. Problemas na relação acarretam dificuldades de interpretação das manifestações subjetivas das crianças, podendo tornar-se um traço prevalente no adoecimento das mesmas. Trata-se então de situações conflitivas que apontam para a necessidade de suporte psicológico aos cuidadores e a essas crianças para o restabelecimento e/ou a reconstituição subjetiva dessas relações (VILELLA e TRINCA, 2001). Essa pesquisa tenta, então, contribuir com indicadores para o entendimento desse fenômeno, possibilitando intervenções cada vez mais precoces para que as dificuldades de relacionamento não se transformem em transtornos globais de desenvolvimento.

As insuficiências na relação têm um efeito devastador na possibilidade de cuidar e de proteger o sujeito de suas enfermidades, pois o corpo se torna um produtor de sintomas, quando o sujeito não pode produzir laços simbólicos consigo e com os outros. Salientamos que a saúde deve ser entendida, na prática dos investimentos, para além da ausência de doença – enfermidade física. Dessa forma, poderemos ultrapassar as limitações da causalidade, discurso tão recorrente entre alguns profissionais de saúde na atualidade. A saúde é uma complexa interação de vários elementos, entre eles, os “distúrbios de natureza emocional” (SCHRAIBER, 2000, p.134) que estão presentes na vida cotidiana destas crianças.

Em psicologia, temos duas perspectivas prevalentes a respeito dos distúrbios respiratórios: uma delas pressupõe a existência de um conflito comum entre as pessoas portadoras de transtornos respiratórios, que influenciaria etiologicamente no quadro respiratório; a outra supõe que a doença física é que leva ao desenvolvimento de uma série de características de personalidade (CHIOZZA, 1997).

McDougall (1996) acredita que as perturbações psicossomáticas se devem à incapacidade de o sujeito elaborar mentalmente uma situação, isto é, ele atua na enfermidade por não ter capacidade de viver a situação psiquicamente. O seu ato substituiria a possibilidade de um trabalho psíquico e configuraria uma falha na elaboração mental, ou poderia ser entendido como uma evacuação da dor mental através do ato. Em suma, considera

as manifestações psicossomáticas como uma reação ao sofrimento psicológico. Estaríamos aí, diante de uma forma arcaica de funcionamento mental que não é potencializada pela linguagem. A autora afirma categoricamente que, em relações fusionais, nem mãe nem filho conseguem se apropriar totalmente de seu corpo no plano psíquico ou no plano de seu *self* individual, e, em consequência disso, ambos estão sob a ameaça de terem problemas psicossomáticos. Esse contexto se dramatiza, pois sabemos que o sujeito não se constitui sozinho, mas numa rede discursiva na qual a dimensão social, o outro, é peça fundamental.

Portanto, segundo Chiozza (1997), os transtornos psicossomáticos, entre eles os distúrbios respiratórios, podem resultar de uma incapacidade do sujeito psíquico de simbolizar os conflitos inerentes à sua existência, tais como: conflitos de dependência x independência e fantasias de controle; doença enquanto punição; relação ambivalente com o objeto primário; fantasias relacionadas ao espaço, ao cerceamento e à expansão psíquica (ato de inspirar e expirar).

A partir disso, podemos supor que um sintoma respiratório também se reconfigura nas relações que estas fazem com que o corpo reaja, podendo agravar ou facilitar a recuperação da criança. A linguagem coabita o corpo e opera com e nele através de significantes próprios específicos de cada sujeito e de seu entorno, principalmente na infância (LACAN, 1988).

De acordo com Winnicott (1983), ao se falar em infância, deve-se citar duas ordens presentes nas crianças: o desenvolvimento do organismo e a lógica da estruturação do sujeito. Estas duas ordens não são equivalentes, mas são coincidentes na criança, elas são dependentes e concomitantes. Portanto, é imprescindível distinguir como as ameaças à plenitude do desenvolvimento podem incidir sobre a estruturação do sujeito e conseqüentemente sobre a saúde. A incidência da morbidade sobre o desejo que a criança condensa constitui uma lesão que atinge toda a rede de significações nas quais a criança estrutura o seu devir em sujeito. Isto ocorre de forma incisiva nos períodos de internação hospitalar.

Fontes (1999) afirma que a doença na criança reforça os vínculos de dependência e de necessidade de proteção dos adultos que dela cuidam. O processo pelo qual o diagnóstico é estabelecido desempenha um papel importante na capacidade da criança e de seus pais se adaptarem à doença. Aqui, exerce papel relevante o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, o grau de certeza e a sensibilidade com que o diagnóstico – e os futuros procedimentos – são comunicados à criança e a sua família.

A hospitalização de crianças requer uma reflexão redobrada sobre o que essa experiência significa tanto para as crianças como para seus familiares/cuidadores, pois a doença e o processo hospitalar podem comprometer sua integralidade física e seu desenvolvimento mental (MONTARDO, *apud* BAPTISTA, 2003). É através do cuidador que a criança encontra um apego seguro durante seu período de internação e a qualidade das relações familiares antes da internação vai ser fator determinante em seu processo de recuperação.

Na hospitalização, a criança e seu cuidador passam a viver em um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas, tendo que estabelecer novas relações com a equipe de saúde (BAPTISTA, 2003) que está constantemente mudando em função das jornadas de trabalho. Do mesmo modo, a equipe estabelece diferentes vínculos com as crianças e cuidadores a cada internação.

Segundo McDougall (1996), as funções primárias maternas estão na qualidade de ser o primeiro destino dos investimentos do bebê, contribuindo assim, para a construção do sentido de realidade externa, pois esta não existe a priori. Acrescentaríamos que o cuidador também exerce essa “função materna” no momento de internação da criança e é aquele que ajuda a construir sentidos aos acontecimentos neste período. O psiquismo na infância está rodeado por uma realidade linguística e, por isso, os significados de sua corporalidade são aprendidos no simbólico, ou seja, através daqueles que estão no seu contexto imediato. A linguagem humana exerce uma função que está impregnada de corporalidade, infiltrando-se no organismo infantil, tal como as outras percepções dos sentidos, mas não se tratando apenas de sensações, mas de registros, de marcas que ficam na mente das crianças (MCDOUGALL, 1994). Mazet e Stoleru (1990) confirmam isto, dizendo que o bebê ao nascer já está inscrito na fantasmática dos pais, sendo o seu corpo um lugar de expressão marcado pelos sentidos construídos pelos cuidadores que estão no seu contorno.

Sendo assim, é importante ressaltar que as crianças não são apenas o produto das relações, mas se constituem a partir delas. É a partir das relações que o sujeito inscreve a sua história, uma história que já teve um início muito antes do seu nascimento e que traz consequências na sua vida (BARREDO, 1991). O adoecer é mais um momento que se inscreve na sua história e deve ser constituído de sentidos por seus cuidadores, portanto, esse período de internação também deve se enlaçar a essa história.

Metodologicamente falando, realizamos uma pesquisa de análise qualitativa dos estudos de caso, pois o caráter qualitativo revela valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO E SANCHES, 1993). Trabalhamos, portanto com a linguagem, pois ela é utilizada para expressar sentimentos e revela a todo instante um enraizamento profundo no soma (MCDOUGALL, 1996). É através da linguagem que, na sua forma discursiva, fundamentamos os dados dessa pesquisa. Recortamos trechos das entrevistas com os cuidadores que nos dão suporte para entender a produção de sentidos referentes ao sofrimento destes frente aos problemas respiratórios das crianças. Ou seja, os sujeitos dessa pesquisa foram os cuidadores de crianças internadas, devido a problemas respiratórios, na faixa etária de zero a cinco anos, num Hospital do Vale do Rio Pardo, devidamente informados através de termo de consentimento.

Tentamos registrar diferentes formas de linguagem, pois esta é concebida como um meio expressivo das realidades constituídas no terreno dos intercâmbios afetivos (BARREDO, 1991). É por essa capacidade de intercâmbio e por se constituir, em essência, nas relações, que a linguagem se torna um elemento privilegiado de estudo. A comunicação verbal é um dos instrumentos mais poderosos da psicologia e, justamente por isso, da pesquisa psicossomática (ALEXANDER, 1987). Tomamos, portanto, como fonte de evidências as entrevistas semiestruturadas e demais documentos (registros em arquivos e prontuários), além de observações direta e participante no local. O que permitiu que reconstruíssemos a história de cada caso. A partir disto, realizamos uma análise via de estudos de caso. Segundo Yin (2005, p.32), o “estudo de caso é uma investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”, em especial, quando os limites entre fenômeno e contexto tendem a estar enlaçados, isto é, entender as condições contextuais pertinentes ao fenômeno que se quer estudar. A investigação do estudo de casos baseia-se em várias fontes de evidência, pois possuem muitas variáveis de interesse, sendo fundamental em trabalhos no qual a interdisciplinaridade se faz presente. Além disso, beneficia-se do desenvolvimento prévio de preposições teóricas para conduzir a coleta e análise dos dados.

Acreditamos, assim como Nasio (2001), que o estudo de caso se caracteriza como uma observação direta sobre certas situações dos sujeitos, ou seja, relata uma experiência singular sob forma escrita em uma dada situação, fundando três funções: a função didática que procura transmitir uma dada situação através de uma cena, de uma observação ou de um estudo; a

função metafórica, na qual encontramos uma junção entre conceitos teóricos e a própria descrição do caso. E por último, a função heurística, isto é, a possibilidade de gerar novos conhecimentos e novas hipóteses. Portanto, como nos diz D'Allonnes (1989), o estudo de caso é um dispositivo que nos permite a análise de uma situação, que ultrapassa a observação, tratando-se de uma construção efetuada pelos sujeitos envolvidos nesse momento específico. O estudo de caso é uma construção que descreve, ilustra e suscita o entendimento de um dado objeto de investigação.

Discussão e resultados

Em 2006, foram estudados 22 casos constituídos a partir de 30 entrevistas com cuidadores. Além destas, buscamos informações junto à Vigilância Epidemiológica para saber qual é o período de maior incidência de internações por transtornos respiratórios na instituição hospitalar onde a pesquisa foi realizada. Verificamos que o quadrimestre (maio, junho, julho e agosto) é o período no qual ocorre maior número de internações devido a mudanças climáticas, ocasionando oscilações de temperatura. Portanto, intensificamos a coleta de dados nesse período. Observamos que as condições socioeconômicas, bem como as mudanças bruscas de temperatura são frequentemente relatadas e associadas à incidência dos transtornos respiratórios, levando os pais a internarem a criança. Estes pais estão na faixa etária entre os 20 e 30 anos e possuem outros filhos.

Em um número significativo de casos, o período de gestação foi conturbado pela não aceitação da gravidez, seja por parte dos familiares ou dos pais ou ainda pela gravidez não ter sido planejada, totalizando quase metade dos casos. Notamos também que há, nesses casos, durante o período pós-natal, uma correlação significativa do transtorno respiratório com alguma mudança no contexto familiar tais como: crises conjugais, nascimento de um irmão, mudança de residência, separação das crianças dos pais (como por exemplo: ida à creche).

O estudo destes casos nos possibilitam compreender que alguns dos sentidos, que são apresentados pelos cuidadores quanto ao aparecimento dos transtornos respiratórios, estavam associados a separações entre os primeiros cuidadores (pais e/ou avós) e as crianças, estes fatores precediam às crises respiratórias e às internações. No entanto, embora nos relatassem estes momentos de separação, enfatizavam que as crises eram ocasionadas pelos problemas climáticos ou orgânicos da criança.

Em consonância com McDougall (1996), nossa pesquisa aponta para a importância da reconstituição das redes discursivas conectadas aos transtornos respiratórios. No entanto, os discursos dos cuidadores revelam uma fragilidade nesta conexão, pois a associação entre os fatores psicossociais, como o apontado acima, e o transtorno respiratório não é priorizada nos procedimentos de cuidados biomédicos e nem aparece como preocupação básica no discurso dos cuidadores que dão ênfase para os aspectos orgânicos. A rede discursiva estabelecida, no momento da internação, limita-se ao esclarecimento do sintoma através da abordagem orgânica, o que é necessário no período de crise, mas não suficiente para explicar a complexidade do caso. Os aspectos psicossociais e suas redes de relações afetivas parecem ficar em segundo plano, tanto no discurso dos profissionais quanto dos acompanhantes.

Quando à pesquisa foi apresentada à equipe de saúde, composta por médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem, solicitamos então, que nos encaminhassem os casos que apresentassem dificuldades nas relações de cuidados, além dos transtornos respiratórios. Observamos que em todos os casos que foram encaminhados, apenas a equipe de enfermagem havia os indicado e que todos estes pertenciam aos SUS (Sistema Único de Saúde). Os meninos representaram 68% (15) dos casos e as meninas, 32% (7), corroborando as pesquisas na área que demonstram que os meninos apresentam maior incidência dos transtornos respiratórios comparados às meninas. A vulnerabilidade maior dos meninos talvez ocorra porque durante a infância ainda estamos em desenvolvimento pulmonar e em contínua formação de alvéolos, somente aos oito anos de idade isto se completa, ocorrendo apenas crescimento celular (não há formação de novos alvéolos). Aliado a este fator, observamos que meninas têm um sistema imunológico mais forte, enquanto que os meninos têm 60% mais chances de nascerem prematuros e sofrer de problemas respiratórios entre outras complicações. Além disto, os meninos tendem a provocar partos com maior risco e dificuldade, por tenderem a ter o corpo maior (SOUZA, 2003).

Entre as justificativas de indicação dos casos pela equipe de enfermagem, foram apontados como mais frequentes os casos com seguidas reinternações (29,16%), com internações de tempo muito longo e sem melhora (25%), casos de mães muito solicitantes ou ainda mães que não aceitavam as orientações dadas (16,66%). Além disso, nos encaminharam casos de mães que, segundo relatos da equipe, não cuidam bem de seus filhos por não seguirem os procedimentos realizados pela equipe na criança (16,66%), ou ainda não terem boas condições de higiene (4,5%) e/ou por que trazem outra criança junto ao Hospital (4,5%).

Isso que nos leva a pensar que a equipe parece ter uma concepção de cuidados muito atrelada a questões higienistas (procedimentos médicos) e não de vínculo ou subjetivas.

Anzieu (2000) ressalta ainda que muitos dos enigmas do corpo da criança só podem ser desvendados quando nossa escuta recair sobre a história. Por isso, afirmamos que as funções orgânicas e suas alterações revelam um significado psíquico próprio e que pode ser compreendido como uma linguagem. Os sentidos construídos, entre quem sofre e quem cuida, estão relacionados também às fantasias inconscientes específicas que se desenvolvem paralelamente ao desenvolvimento das doenças orgânicas, viabilizando ou não as relações que se constituem nos processos do adoecer humano. No entanto, os relatos sobre as crises respiratórias das crianças, nesta pesquisa, priorizam os aspectos higienistas e os procedimentos médicos em detrimento dos psicossociais.

Podemos afirmar que diferentes concepções de cuidados perpassaram as falas dos cuidadores, mas nos parece preponderante a concepção higienista do cuidado com as crianças. Isto é, limpar e alimentar e auxiliar nos procedimentos recomendados. No entanto, estas dificuldades na relação de cuidados parecem estar mais vinculadas a fatores de vínculo (tais como prestar a atenção à criança e/ou manter uma relação de proximidade com ela) do que propriamente ligados aos fatores socioeconômicos como apontados pelos cuidadores. Portanto, apontamos que há dificuldade de algumas mães em manter um vínculo afetivo com os filhos, restringindo seus cuidados às questões de higiene, pois encontramos, nas falas desses cuidadores, um histórico familiar dessa forma de cuidado. Ou seja, dificuldades em estabelecer vínculos para além dos cuidados básicos. Acrescido a isto, em relação à figura paterna, os pais são ausentes por motivos de prisão ou por não participarem da gravidez e/ou dos cuidados ou ainda por rompimento da relação conjugal seguido de perda de vínculo por parte do pai.

Enfatizamos que a dimensão simbólica e relacional são fatores protetores dos estados de saúde nos momentos iniciais do desenvolvimento da criança. As entrevistas e nossas observações nos dão indícios de que elementos como separações, na primeira infância, entre os primeiros cuidadores (pais e avós) e as crianças, são acontecimentos que estão correlacionados às crises respiratórias e às internações.

Também nos deparamos, nesse trabalho, com diversos casos de transtornos respiratórios que nem sempre estavam atrelados com situações onde as relações de cuidado estavam em

foco como elemento desencadeador ou intensificador desse transtorno. Como exemplo disto, encontramos casos de bebês prematuros que têm como sequela da imaturidade pulmonar, implicando diversas internações, o que corrobora nossa perspectiva de que se trata de um complexo multicausal. No entanto, enfatizamos que embora esse fator etiológico possa ser determinante, a constituição do vínculo mãe-bebê, mesmo nesses casos, é um fator restabelecedor da saúde do bebê. Podemos citar as experiências das Mães Canguru, no qual a imaturidade biológica é alavancada pelo vínculo que se estabelece entre o bebê e o cuidador.

Ratificamos, desse modo, que os profissionais que trabalham com pacientes com transtornos respiratórios devem estar atentos às situações de fragilidade social, em especial relativas às relações de cuidado, não se restringindo apenas às questões higienistas, mas vislumbrando uma forma mais integral de cuidados à saúde, pois a falta de suporte social pode ser por si própria indutora de riscos e agravos dos quadros clínicos no período da infância.

Considerações finais

As entrevistas possibilitaram compreender alguns sentidos que se articulam aos cuidados prestados às crianças com transtornos respiratórios na primeira infância, corroborando estudos de Baptista e Dias (2003) que apontam que a qualidade dos vínculos está também relacionada à qualidade das relações familiares antes da internação e influenciam no tratamento. Ainda, como apontam os estudos de Godoy et al. (2005), ao trabalharmos as relações, temos como efeito a redução dos níveis de sintomas comportamentais de ansiedade e depressão e a melhora do índice de qualidade de vida em pacientes com transtornos respiratórios.

Salientamos isso, pois verificamos que há uma repetição na forma como se dá a relação de cuidados na história familiar, sendo importante ressaltar que as relações conflitivas na família têm um efeito sobre a criança, fazendo emergirem nesta, as crises respiratórias. As relações conflitivas parecem ser expressões das dificuldades de vínculo entre os próprios cuidadores (mãe-pai, mãe-avó, mãe-bisavó ou mãe-sogra) ou com a criança. Assim, a criança fica à “deriva”, respondendo com a crise respiratória, pois esse momento familiar geralmente implica em separações. MacDougall (1996) salienta que o vínculo fusional entre mãe e criança também é agravante das situações dos estados físicos e psíquicos. É importante

refletir, quando falamos do vínculo cuidador e criança internada, que numa relação passível de cuidados, em especial, quando a criança se encontra fragilizada, é essencial que o cuidador permita que a criança se expresse e se cuide, promovendo a sua autonomia sem superprotegê-la. Caso contrário, sem estabelecer sentidos e repensar a dimensão psicossocial, ao invés de promover, na relação de cuidados, a saúde da criança, pode construir uma relação fusional que não permite a ela um espaço de diferenciação e de expressão que possibilite uma reconstrução dos sentidos desta relação e de seu sofrimento.

O transtorno respiratório, além de anunciar uma dificuldade física, também sinaliza uma dimensão coletiva no qual a saúde do sujeito é constituída pela saúde do seu contexto e de suas relações mais próximas, por isso a importância de ampliar a compreensão do sofrimento e considerar as dimensões psicossociais desse processo (LACERDA e VALLA, 2006) nas relações de cuidados aos transtornos (respiratórios) na primeira infância.

RELATION OF CARES AND RESPIRATORY DISORDERS ON THE FIRST CHILDHOOD: PSYCHOSOCIALS ASPECTS

Abstract

The main goal of this research is to investigate the sick' babies and kids process immersed in a net of cares relationships that aggravate or are aggravated by difficulties produced by the appearing respiratory disorders. The subjects of this research are the caretakers of interned kids due to respiratory problems, between zero and five years old, in a Hospital in Vale do Rio Pardo. We did thirty interviews which take care granted, through case studies, the understanding of twenty-two cases and enable us an initial analysis of the senses built about the respiratory disorders in the stories of the people who take care and the kids. The interviews and our observations give us clues that elements, as separations between the caretakers (parents and grandparents) and the kids are happenings that are correlated to respiratory crisis and interns. We emphasize that the symbolic and relational elements must also be taken into consideration, as elements constituted of these disorders.

Keywords: cares' relation, respiratory disorders, first childhood, psychosocial aspects.

Notas

¹ Cuidadores, para efeito desse trabalho, são aqueles que acompanham às crianças durante o período de internação hospitalar.

Referências

AJURIAGUERRA, J. ; MARCELLI, D. *Manual de psicopatologia da Infância*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ALEXANDER, F. *Medicina Psicossomática: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

ANZIEU. *O eu-pele*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BAPTISTA, M. N. e DIAS, R. R. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

BARREDO, C. E. Cambios en la pubertad. *Psicoanálisis APdeBA*, v.13(3), p. 469-484, 1991.

CHIOZZA, L. A. *Os afetos ocultos em – psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtorno ósseo, cefaléia e acidentes cerebrovasculares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

D'ALLONNES, C. R. O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: Claude Revault D'Allonnes et al., *La Démarche Clinique em Sciences Humaines; documents, méthodes*. Bordas, Paris, 1989. Tradução de Francisco Settineri, outubro de 1996.

FONTES, I. Psicanálise do sensível: a dimensão corporal da transferência. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.2 (1), p. 64-70, 1999.

GODOY, D. V. et al. O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.31(6), p.499-505, 2005.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador do eu. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2006.

MAZET, D., STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1990.

MCDOUGALL, J. Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente. *Rev. Brasileira Psicanalítica*, v. 28 (1), p. 75-98, 1994.

_____. *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 9, n.3, jul/set., p.239-262, 1993.

NASIO, J.-D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto – Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

SOUZA, J. A . (et al.). Malformação adenomatóide cística pulmonar em crianças: análise de 10 casos. *Arquivo Catarinense de Medicina*, v.32(4), p.47-55, out.-dez., 2003.

VILELLA, E. M. B.; TRINCA, W. Asma Brônquica: Uma dimensão Psicanalítica. *Psychê: Revista de Psicanálise*. São Paulo: Universidade de São Marcos, v.5, n.7, p.119-135, jan. 2001.

WINICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Recebido em: 03/12/2008

Aceito em: 29/03/2009

Sobre o autor: Especialista em Psicologia Clínica pelo CRP (2001), mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1996) e doutorado em Estudos da Linguagem - Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Atualmente, é professor adjunto da Universidade de Santa Cruz do Sul e psicólogo da Prefeitura Municipal de Gravataí.