

João Batista Salomão Júnior

**COMPETÊNCIA SOCIAL E TRANSTORNOS
COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE
ASMA MODERADA E GRAVE**

São José do Rio Preto

2001

João Batista Salomão Júnior

**COMPETÊNCIA SOCIAL E TRANSTORNOS
COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE
ASMA MODERADA E GRAVE**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Curso de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto.
Eixo Temático: Medicina

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina O.S. Miyazaki

São José do Rio Preto

2001

Salomão Júnior, João Batista

Competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes portadores de asma moderada e grave/ João Batista Salomão Júnior
São José do Rio Preto, 2001
66p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Eixo Temático: Medicina

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Cristina O.S. Miyazaki

1. Asma na Infância; 2. Doença Crônica; 3. Transtornos comportamentais;
4. Competência social; 5 Asma na Infância

DEDICATÓRIA

Aos meus pais João Baptista (*in memoriam*) e Zenaide pelos seus sonhos, seu trabalho incansável, que nunca mediram esforços para minha formação intelectual e moral. Minha eterna gratidão e meu amor incondicional. Saibam que valeu a pena.

À minha esposa Maria Lúcia e minhas filhas Marcela e Letícia pelas manifestações de amor, carinho e compreensão quando ausente em momentos importantes. Minhas razões de viver.

Aos meus irmãos Naidiléa, Luis Vitor, Rosana e Tereza Cristina.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

À Profa. Dra Maria Cristina de O. S. Miyazaki, seus conhecimentos, orientação, apoio estímulo, amizade e espírito inovador foram fundamentais para realização desse trabalho. Minha admiração, respeito e profunda gratidão.

AGRADECIMENTOS

- Ao amigo, matemático e técnico em informática Valmir José Batista pela fundamental ajuda na confecção do banco de dados, tabelas e digitação do trabalho, sem a qual tudo seria mais difícil.
- Ao Prof. Dr. Dioclécio Campos Júnior, , grande mestre, por tudo que me ensinou e pelo estímulo e incentivo à carreira universitária.
- Ao Professor e Amigo Dr. Rubens Trombini Garcia, exemplo de competência e disciplina, meus sinceros agradecimentos pelos primeiros ensinamentos.
- À Profa. Dra. Tatiana Rozov, ex-chefe da Unidade de Pneumologia Pediátrica do Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, responsável pela minha formação em Pneumologia Infantil, com todo seu conhecimento, rigor e interesse científico.
- Ao Prof. Dr. José Antonio Cordeiro pelas reuniões cheias de ensinamento, paciência e amizade.
- Ao Prof. Dr. Ayrton Camacho Moscardini, professor responsável pelo Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica, no período em que este trabalho foi realizado.
- À Profa. Dra Neide A. M. Domingos pelos ensinamentos e presença constante.
- À Profa. Dra. Cristina Miuki Abe Jacob, pelas valiosas sugestões na elaboração deste trabalho.
- Às psicólogas Kelly Renata Risso, Fernanda de Oliveira e Veridiana Soares, pelo seu empenho e inestimável trabalho na execução e conclusão dos questionários.
- Às psicólogas Alini Danieli V. Sabino, Elisabete Verona, Grazeiella Ferrari de Medeiros e Andréia Mara Gonçalves pela participação nas entrevistas.
- A todos os membros do Serviço de Psicologia, na pessoa da sua secretária Maria Silvia Curti M. Costa pelo carinho e atenção com que sempre me receberam.
- À residente de Pneumologia Infantil Jane Cristina Medeiros, pelo seu incansável trabalho junto às mães das crianças asmáticas, pela sua participação no preenchimento dos questionários e seu estímulo à conclusão deste trabalho.
- Aos residentes de Pediatria: Telma Tonet, Fernando Takeo Uema, Juliana Logulho, Daniela Geraldini, Ana Paula M. Lara e Andréia Zocal Mingotti pela participação nas entrevistas.

- Às acadêmicas de medicina Érika Yumi Kavanami e Fabiane Shizue Sakai pela participação constante nas entrevistas.
- Ao Fisioterapeuta Marcelo Adriano I. Barbosa, pelo grande auxílio na elaboração desta tese.
- Aos Docentes do Departamento de Alergia e Imunologia: Profa. Dra. Eliana C. Toledo e Dra. Vanessa Ambrósio Batigália; do Departamento de Ortopedia e Traumatologia: Prof. Dr. Alceu Gomes Chueire e do Departamento de Oftalmologia: Dra. Marta Teixeira Ferrari, pelo encaminhamento de pacientes, colaboração e apoio definitivos na realização deste trabalho.
- Aos secretários da Pós-Graduação: Fabiana Cristina de Godoy, José Antônio Silistino e Rosemeire Cleide S. Desidério pela atenção desde o início deste trabalho.
- À Profa. Livia Cais Burdmann, pela tradução do resumo.
- Às Mães das crianças portadora de Asma, pela sua confiança e cooperação durante a realização deste trabalho.
- Às crianças e adolescentes que docilmente participaram deste trabalho.
- A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1	Introdução	1
1.1	Considerações gerais.....	1
1.2	Asma: compreensão da doença e dificuldade de manejo.....	2
1.2.1	Definição	2
1.2.2	Aspectos clínicos	3
1.2.3	Classificação	4
1.2.4	Aspectos epidemiológicos	5
1.2.4.1	Mortalidade	6
1.2.4.2	Custos.....	7
1.2.5	Tratamento	8
1.3	A asma como doença crônica: impacto sobre o desenvolvimento e o ajustamento psicossocial da criança	9
1.3.1	Asma e Estresse	11
1.3.2	Asma, Ansiedade e Depressão	13
1.3.3	Aliança Médico/Criança/Família e adesão ao tratamento	14
1.3.4	Encaminhamento para o profissional de saúde Mental	15
1.3.5	Asma e fatores positivos	16
1.3.6	Asma, controle da doença e Qualidade de Vida	16
2	Objetivos	18
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	Casuística e Métodos	19
3.1	delineamento do estudo	19
3.2	amostra	19
3.3	metodologia	19
3.3.1	instrumentos utilizados	20
3.3.2	procedimento para obtenção de dados	20
3.3.3	cronograma de execução	22
3.4	análise estatística	23
3.5	aspectos éticos	24
4	Resultados	26
4.1	características do grupo de crianças com asma e do grupo controle	26
4.2	características clínicas	27
4.2.1	Asma e competência social global	28
4.2.2	Asma e competência social (Atividades – Social – Escola)	28
4.2.3	Asma e competência social em relação ao Sexo	30
4.2.4	Asma e competência social em relação a faixa etária e idade média	31
4.2.5	Asma e competência social em relação ao tipo de asma	31

4.2.6	Asma e Transtorno Comportamental global	32
4.2.7	Asma e Transtornos comportamentais Internalizantes e Externalizantes .	32
4.2.8	Asma e transtornos comportamentais em relação ao sexo	33
4.2.9	Asma e transtornos comportamentais em relação à faixa etária e idade média	34
4.2.10	Asma e transtornos comportamentais em relação ao tipo de asma	34
5	Discussão	35
6	Conclusões	40
7	Referências bibliográficas	41
8	Anexos	52
8.1	Questionário 1	52
8.2	Questionário 2	54
8.3	Questionário 3 CBCL	56
8.4	Termo de consentimento	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características socio-demográficas das crianças com asma e das crianças do grupo controle.....	26
Tabela 2	Escores e classificação das crianças com asma e controle como clínica e não clínica em relação a competência social nas áreas atividade, social e escola	29
Tabela 3	Associação entre competência social e sexo para as crianças do grupo de asma e controle	30
Tabela 4	Associação entre tipo de asma e competência social (áreas: atividade, social e escola)	31
Tabela 5	Associação entre asma e transtornos comportamentais internalizantes e externalizantes	33
Tabela 6	Tipo de asma (moderada/grave) e transtornos comportamentais (global, internalizantes e externalizantes)	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Distribuição dos grupos asma e controle em relação ao sexo	26
Figura 02	Distribuição dos grupos asma e controle em relação à idade	27
Figura 03	Distribuição das crianças do grupo asma em relação à idade de início da doença	27
Figura 04	Competência social global para o grupo de crianças asma e controle...	28
Figura 05	Competência social - atividades para o grupo de crianças com asma e controle	29
Figura 06	Competência social - escola para o grupo de crianças com asma e controle	30
Figura 07	Associação entre escore clínico/não clínico para transtorno comportamental global para os grupos de crianças com asma e controle	32
Figura 08	Associação entre escore clínico/não clínico para transtornos internalizantes e externalizantes crianças com asma e controle	33

Salomão JBS. *Competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes portadores de asma moderada e grave*. São José do Rio Preto, 2001. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

RESUMO

Objetivo – Avaliar competência social e transtornos comportamentais em crianças com asma moderada e grave, a partir da percepção dos pais. **Casuística:** Foram estudados 62 pacientes, 36 do sexo masculino e 26 do sexo feminino, com idade entre 7 e 16 anos (IM:10,94; DP:2,28), com diagnóstico clínico de asma moderada e grave, sem comorbidade, atendidos nos serviços de Pneumologia Infantil e Alergia e Imunologia de um hospital escola, no período de março a setembro de 2000. Um grupo controle foi estudado no mesmo período, composto de 62 pacientes, 37 do sexo masculino e 25 do sexo feminino, com idade entre 7 e 16 anos (IM:10,26; DP:2,37), atendidos nos Ambulatórios de Ortopedia e Oftalmologia do mesmo hospital, sem qualquer sintomatologia de asma, de alergia respiratória e sem qualquer doença crônica. **Material e método** – foram utilizados na obtenção dos dados uma Ficha de Identificação, uma Ficha de Dados Clínicos e um instrumento que avalia competência social e transtornos comportamentais - *Child Behavior Checklist (CBCL)*. **Resultados** – Os resultados foram analisados com testes de proporção, χ^2 , teste *t* de Student, ANADEP e ANADEPMU, adotando-se nível de significância de 0,05. Os pacientes foram classificados segundo manifestações clínicas da asma: 42 com asma moderada e 20 com asma grave, sendo que 93,55% receberam o diagnóstico da doença antes dos 3 anos de idade. Não houve diferença significativa em termos de idade e sexo entre os grupos asma e controle. Houve associação entre competência social global e asma ($p=0,000$) e entre competência social associada a atividades ($p=0,001$) e escola ($p=0,01$). Não houve diferença entre as crianças com asma e o grupo controle em relação ao aspecto social ($p=0,23$). Não houve relação entre sexo e idade na análise da competência social, nem quanto à competência social global nem quanto aos aspectos específicos: atividades, escola e social. A análise entre competência social e tipo de asma também não mostrou associação. Houve associação entre presença de transtornos comportamentais e asma ($p=0,005$), principalmente os transtornos internalizantes ($p=0,001$). Não houve associação dos externalizantes com a doença. Os transtornos comportamentais não se mostraram associados ao sexo, idade da amostra e tipo de asma. **Conclusões** - As crianças com asma apresentaram alterações na competência social global e competência social relacionada a atividades e escola, quando comparadas ao grupo controle. Apresentaram ainda transtornos globais e internalizantes, que podem prejudicar o seu desenvolvimento, sua qualidade de vida, a adesão ao tratamento e o manejo adequado da doença. A integração de aspectos biológicos, psicológicos e sociais é imprescindível para o delineamento de programas adequados de atendimento à criança portadora de asma e a seus familiares.

Salomão JBS. *Social competence and behavior disorders in children with moderate to severe asthma*. São José do Rio Preto, 2001. Master's Degree Dissertation, Post-graduation in Health Sciences, Medical School, São José do Rio Preto.

ABSTRACT

Objective – Evaluate, social competence and behavior disorders in children with moderate to severe asthma according to parental perception. **Casuistics:** Sixty-two patients were studied, 36 male and 26 female, ages ranging from 7 to 16 years (MA: 10.94; SD: 2.28), with clinical diagnosis of moderate to severe asthma, without comorbidity, seen at the Pediatric Pneumology Service and the Allergy and Immunology Service at a University Hospital, from March to September, 2000. A control group was simultaneously studied and included 62 patients, 37 male and 25 female, ages ranging from 7 to 16 years (MA: 10.26; SD: 2.37), seen at the Orthopedics and Ophthalmology Outpatient Wards at the same hospital, without symptoms of asthma, respiratory allergy and no chronic diseases. **Material and method** – An Identification Form, a Clinical Data Form and the CBCL (Child Behavior Checklist), a tool to evaluate social competence and behavior disorders, were used. **Results** – Results were evaluated by the proportional tests, χ^2 , Student's *t* test and ANADEP and ANADEPMU and a significance level of 0.05 was chosen. Patients were classified according to the clinical manifestations of asthma: 42 had moderate asthma and 20 had severe asthma, most of them (93.55%) had been diagnosed since 3 years of age. There was no significant difference in age and gender between the group with asthma and the control group. There was a marked association between overall social competence and asthma (χ^2 with $p=0.000$) and between social competence associated to activities (χ^2 with $p=0.001$) and school (χ^2 with $p=0.01$). There was no difference between children with asthma and the control group for social markers (χ^2 with $p=0.23$). There was no correlation between gender and age when evaluating social competence, or overall social competence specific parameters: activities, school and social activities. The evaluation of social competence and type of asthma did not show a correlation. There was a strong association between the presence of behavior disorders and asthma ($p=0.005$), specially internalizing disorders ($p=0.001$). There was no association between the externalizing disorders and the disease. Behavior disorders were not associated to gender, age and type of asthma. **Conclusions** – Children with asthma showed alterations in overall social competence and social competence related to activities and school, when compared to the control group. They also showed overall and internalizing disorders, which may be harmful to their development, their quality of life, compliance with the treatment and adequate management of the disease. The integration of biological, psychological and social factors is essential to establish adequate programs for the treatment of children with asthma and their families.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Gerais

Saúde é atualmente definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade"¹ e inclui várias condições subjacentes, como acesso a serviços de saúde, contexto ambiental físico, biológico e social. A Carta Internacional de Direitos Humanos explicita "o direito ao mais alto padrão possível de saúde física e mental"² e é responsabilidade do Estado promover e proteger a saúde dos indivíduos e da comunidade, assegurando a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos à população³.

Em relação à população infantil, a Convenção sobre os Direitos da Criança, no seu artigo 27º, reconhece à criança "o direito a um nível de vida que permita o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social"⁴, constituindo "dever da família, comunidade, sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetiva ação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária"⁵.

As instituições de saúde, principalmente aquelas que desenvolvem atividades de assistência, ensino e pesquisa, devem promover e garantir o aprimoramento dos serviços prestados à comunidade por meio de estudos que forneçam subsídios acerca das necessidades da população atendida, visando ainda a melhoria de sua qualidade de vida.

A presença de uma doença crônica na infância pode ser vista como um fator de impacto negativo sobre todo o processo de desenvolvimento, implicando restrições nas atividades habitualmente realizadas pela maioria das crianças^{6,7}. Pode afetar ainda o funcionamento de todo o sistema familiar, acarretando demandas financeiras e emocionais

sobre os outros membros da família⁸. O uso regular de medicação, algumas produzindo efeitos colaterais importantes, visitas sistemáticas a médicos e instituições de saúde, impossibilidade de práticas esportivas, convivência diária com dor e desconforto e absenteísmo escolar, são alguns dos fatores presentes na vida da criança portadora de uma doença crônica. Dados de pesquisas acerca do impacto da doença crônica sobre a criança e seus familiares têm indicado uma maior vulnerabilidade para problemas nesta população, embora não exista consenso sobre este ponto⁸. Assim, identificar o impacto que diferentes doenças crônicas na infância têm sobre o funcionamento psicossocial destes pacientes pode auxiliar no aprimoramento do atendimento fornecido e no delineamento de programas de prevenção. No caso da asma, uma das doenças crônicas mais comuns da infância, o funcionamento global e desenvolvimento da criança podem ser prejudicados pelos altos índices de absenteísmo escolar, pela limitação na realização de exercícios e atividades físicas, por programas terapêuticos extensos e que impõem limites no contato com substâncias irritantes e alérgicas.

1.2 Asma: compreensão da doença e dificuldades no manejo

1.2.1 Definição

A asma é definida como uma doença crônica das vias aéreas, caracterizada por: 1) obstrução ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento (embora esta reversão não ocorra completamente em alguns pacientes); 2) processo inflamatório crônico, regulado por fatores imunes, com a participação de várias células, em particular mastócitos, eosinófilos, linfócitos T e citocinas; 3) aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos ou hiper-responsividade brônquica (HRB); 4) episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao acordar⁹.

1.2.2 Aspectos Clínicos

A asma é uma doença atópica, associada a uma predisposição genética para a resposta a aeroalérgenos comuns, mediada pela IgE (Imunoglobulina E), que constitui o fator predisponente identificável mais importante para o desenvolvimento de doença. Independente da gravidade do quadro, a asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, fato que tem implicações para sua prevenção, diagnóstico e manejo. A inflamação associa-se a mudanças na hiper-responsividade das vias aéreas, limitação ao fluxo aéreo, sintomas respiratórios e cronicidade da doença^{9,10,11}. A asma é atualmente compreendida como uma condição multifatorial, determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais, que levam à inflamação crônica das vias aéreas⁹.

A asma pode ser assintomática no período intercrítico e cada criança reage de forma diferente aos fatores que podem desencadear uma crise. Estes fatores incluem infecções respiratórias, reações a alérgenos como pólen, fungos, pó e alimentos, exercícios físicos vigorosos, exposição ao ar frio ou mudanças súbitas de temperatura, irritantes como fumaça de cigarro e alterações emocionais^{12,13}. Como a maioria das crianças que têm asma são alérgicas e quase todos os alérgenos podem desencadear uma crise quando inalados, evitar contato com este tipo de substâncias é fator fundamental para prevenir crises. Assim, programas educativos têm se mostrado úteis para auxiliar no manejo da doença, prevenir crises e evitar ou reduzir hospitalizações e atendimento em serviços de emergência¹⁴.

O quadro clínico apresenta-se comumente como episódios recidivantes de dificuldade respiratória caracterizados por tosse e sibilância.

Em crianças pequenas, são características sugestivas de asma: intervalos sem sintomas, tosse noturna, tosse após exercício, tosse após rir ou chorar, episódios de

sibilância recorrentes, resposta adequada a broncodilatadores e história pessoal ou familiar de doença atópica¹⁵.

O diagnóstico da asma é principalmente clínico, realizado pela história do paciente (tosse recorrente, sibilância, dispnéia, aperto no peito), exame físico e em alguns casos testes de função pulmonar^{10,11,16}.

1.2.3 Classificação

A asma pode ser classificada como leve, moderada e grave^{10,17}. 60 a 70% dos pacientes têm **asma leve**, caracterizada por crises intermitentes e de curta duração, ausência dos sintomas (chiado no peito, falta de ar, tosse) ou presença destes menos que duas vezes por semana, sem queixas no período intercrítico. A criança tem atividades normais, podendo apresentar tosse ou chiados quando realiza atividades físicas intensas, mas estes passam, muitas vezes, despercebidos para o paciente e família, e tendem a ser valorizados pelo médico. O sono geralmente é normal e o broncodilatador para alívio é utilizado menos que duas vezes por semana. Essas crianças raramente necessitam atendimento em unidades de emergência e praticamente nunca são hospitalizadas. Apresentam Pico de Fluxo Expiratório (PFE) $\geq 80\%$ do predito.

Pacientes com **asma moderada**, que são cerca de 20 a 30% das crianças com a doença, apresentam sintomas por um período superior a dois dias na semana, embora estes sintomas não sejam contínuos. Algumas atividades, como frequência à escola, são prejudicadas e sintomas podem surgir devido à realização de atividades físicas moderadas, como subir escadas, por exemplo. Os sintomas noturnos aparecem mais que duas vezes ao mês, sendo necessário o uso de broncodilatador. Crianças com asma moderada apresentam

Pico de Fluxo Expiratório (PFE) \leq 80% do predito, que retorna à faixa normal após o uso de broncodilatador.

A **asma grave**, por sua vez, atinge 10% das crianças com diagnóstico da doença. Estas apresentam sintomas contínuos, atividades de vida diária prejudicadas, com faltas freqüentes à escola, e mesmo atividades físicas leves, como andar em locais planos, podem desencadear sintomas. As crises noturnas são freqüentes e acarretam interrupção do sono duas ou mais vezes por semana. Crianças com asma grave correm risco de vida e sofrem hospitalizações freqüentes. O uso de broncodilatador duas vezes ao dia para alívio dos sintomas e uso contínuo de corticóide oral ou parenteral torna-se necessário. Há uma redução significativa dos índices espirométricos (PFE $<$ 60% do predito), limitação das atividades físicas e acentuado prejuízo funcional em decorrência das hospitalizações e das mudanças no estilo de vida da criança e da família em função da doença^{10,17,18}. Assim, o impacto da doença sobre o funcionamento global da criança está associado à gravidade do problema⁹.

Se não for bem controlada, a asma pode tornar-se crônica, com limitação permanente do fluxo aéreo, acarretando limitações físicas e psicossociais significativas, que habitualmente têm um impacto importante sobre a criança, sua família e segmentos da sociedade. Além disso, um ataque grave de asma pode levar à morte^{10,19,8}.

1.2.4 Aspectos epidemiológicos

Acredita-se que a asma atinja 7,2% da população mundial. Nos países de baixa renda, estima-se que a doença afete de 100 a 200 milhões de pessoas, provocando 40 a 50 mil mortes/ano e prejuízos na ordem de 10 a 20 bilhões de dólares²⁰. Estimativas mundiais

de prevalência sugerem que 1 em 4 crianças, 1 em 7 adolescentes e 1 em 10 adultos sofrem de asma²¹.

Dados do ISAAC (*Internacional Study of Asthma and Allergy in Childhood*),²² comparando a prevalência da asma e de doenças atópicas em 155 centros de 56 países, indicam que a prevalência da doença varia entre 2,1% e 32,2% na população mundial. Na América Latina e América do Norte, a asma atinge entre 16,9% e 24,2% das crianças. Globalmente, a prevalência tende a ser maior em países desenvolvidos de língua inglesa e na América latina, mas o padrão internacional sugere que fatores ambientais podem ter papel importante na prevalência da asma^{22,23}.

No Brasil, em torno de 10% das crianças têm asma e a doença é responsável por 5% das consultas pediátricas realizadas em ambulatórios e por até 16% dos atendimentos⁸. Além disso, o número de hospitalizações pela doença tem aumentado²⁴. Dados do *Center for Disease Control de Atlanta*²⁵, mostram que 10% das crianças com asma apresentam a forma grave da doença, responsável por 35% das hospitalizações e 77% dos dias de permanência no hospital por asma.

1.2.4.1 Mortalidade

No Brasil ocorrem anualmente 2.000 óbitos por asma, 70% dos quais durante a hospitalização, a maioria sem receber tratamento intensivo. Um estudo realizado por Rufino²⁶ mostrou uma taxa de mortalidade de 2,9/1.000 hospitalizações, sendo que 22% dos pacientes são admitidos em estado agônico e 80% morrem nas primeiras 24 horas, sem chegar à unidade de tratamento intensivo.

Os óbitos por asma representam cerca de 0,8% do total de óbitos no Brasil²⁶ e esta cifra vem aumentando^{10,27,28}. Dados internacionais, no entanto, mostram que a mortalidade

por asma em crianças menores de 15 anos representa menos de 2% de todas as mortes pela doença^{29,30}.

1.2.4.2 Custos

A asma é um problema de saúde pública que afeta parcela significativa da população, com elevado custo social e econômico. Pacientes com asma faltam mais ao trabalho e à escola e sofrem mais internações hospitalares, tornando a doença importante item nos orçamentos dos serviços de saúde de muitos países³¹.

Dados internacionais mostram que além do custo associado à doença, como hospitalizações e atendimentos em serviços de emergência, os custos indiretos, como dias perdidos de trabalho e absenteísmo escolar, são altíssimos. Na infância, a asma é a principal causa de absenteísmo escolar (acarretando também perda de produtividade profissional dos pais) e crianças com asma grave faltam à escola cerca de 30 dias por ano. Nos Estados Unidos, crianças menores de 15 anos com asma fazem mais de 3 milhões de consultas médicas e requerem 200.000 hospitalizações por ano, 1,9 milhões de dias de hospitalização, mais de 8,7 milhões de prescrições de medicamentos, 570.000 visitas à sala de emergência (1 em cada 6 visitas pediátricas à sala de emergência) e ficam acamadas por 7,3 milhões de dias. Além disso, quase 30% das crianças com asma têm alguma limitação em suas atividades, quando comparadas com crianças sem asma, e crianças vivendo na pobreza e/ou na zona urbana apresentam altas taxas de hospitalizações e mortalidade pela doença.^{25,32,33,34,35}

Lozano et al.³⁶ avaliaram o impacto da asma sobre utilização e custos de uma Organização Governamental de Saúde. Os dados obtidos mostraram que as crianças com asma, comparadas com todas as crianças que usam os serviços de saúde: 1- apresentam 88% mais custos; 2- recebem 2,77 vezes mais prescrições médicas; 3- fazem 65% mais

consultas médicas de rotina e 1,71 vezes mais consultas médicas de urgência; 4- os cuidados com asma representam 37% dos cuidados do serviço de saúde, sendo 63% para todas as outras doenças; 5- dois terços dos custos com asma são para consultas de rotina e prescrições, um terço são cuidados de urgência e hospitalizações; 6- o custo marginal com asma representa 58% de todos os custos com serviços de saúde.

No Brasil, em 1996, o gasto com internações pela doença foi aproximadamente 76 milhões de reais, o correspondente a 2,8% do gasto anual total na saúde. Isso representou o terceiro maior valor despendido pelo SUS em todo o país com uma doença¹⁰.

1.2.5 Tratamento

Apesar do desenvolvimento de novas drogas, de todo o empenho dos profissionais, organizações e familiares e de todos os gastos associados ao manejo da asma, a doença não tem cura^{37,38}. Os objetivos do tratamento da asma infantil são o controle dos sintomas e a melhora da função pulmonar, que incluem: redução da frequência e gravidade das crises, redução da mortalidade e da morbidade, controle da hiper-reatividade de vias aéreas, normalização da inflamação crônica, prevenção do remodelamento de vias aéreas, desenvolvimento normal da função pulmonar, desenvolvimento psicossocial normal e qualidade de vida³⁹.

A terapia farmacológica da asma visa o alívio da obstrução brônquica e a redução da hiper-reatividade das vias aéreas. Duas classes de medicações têm sido usadas no tratamento da asma: agentes anti-inflamatórios e as drogas de resgate ou broncodilatadores¹³.

Assim, além dos custos e das perdas associadas à asma, de todas as experiências vividas por estas crianças e seus familiares, como o estreito contato com o sistema de saúde e a necessidade de viver o dia a dia com a expectativa de uma possível crise, é preciso

conviver com a realidade de uma doença crônica que não tem cura, o que implica convivência diária com estressores. Diversos estudos têm focado o papel destas experiências sobre o funcionamento psicossocial da criança com asma e de seus familiares^{19,8,40,41}.

1.3 A asma como doença crônica: impacto sobre o desenvolvimento e o ajustamento psicossocial da criança

Crianças com problemas crônicos de saúde podem ter seu processo normal de desenvolvimento alterado pelas experiências associadas à doença, como a necessidade de contatos freqüentes com o sistema de saúde, visitas a serviços de emergência e internações, procedimentos invasivos e/ou aversivos associados ao diagnóstico e tratamento, como exames invasivos e efeitos colaterais da medicação. Além disso, a doença pode ter um impacto negativo sobre todo o funcionamento familiar, em função dos custos e do estresse associado ao manejo da doença, ser vista como um estressor ao qual a família e a criança necessitam adaptar-se, bem como privar a criança de experiências importantes para o seu desenvolvimento⁸.

Diversos estudos têm indicado uma maior vulnerabilidade para problemas psicossociais em crianças portadoras de doenças crônicas. Entretanto, a partir dos dados atualmente disponíveis, não é possível afirmar que há uma relação direta entre doença crônica e problemas de ajustamento^{42,43}.

Ao avaliar ajustamento psicossocial em crianças portadoras de doenças crônicas é necessário considerar tipo, duração e gravidade da doença, impacto desta sobre as atividades de vida diária, sexo e temperamento da criança, funcionamento e nível sócio-econômico da família, ajustamento dos pais e as estratégias utilizadas para lidar com a doença^{42,43}.

Os problemas psicossociais habitualmente identificados nestas crianças são dificuldades de ajustamento, sintomas internalizantes como ansiedade e depressão e externalizantes como agressividade, bem como auto estima rebaixada⁴⁴.

Estudos realizados com crianças portadoras de asma⁴⁵ indicam que vários fatores podem contribuir para os problemas de ajustamento encontrados nestas crianças.

A preocupação excessiva dos pais, por exemplo, pode levá-los a privar a criança de contatos sociais ou de atividades importantes para o seu desenvolvimento, por receio de que uma crise possa ocorrer ou por temerem que esta seja rejeitada pelos colegas. O isolamento social, por sua vez, pode levar a criança a ser rotulada como “doente” e discriminada pelos colegas, podendo acarretar um retraimento excessivo e a déficits no desenvolvimento de habilidades sociais, associadas por exemplo à depressão e à ansiedade^{19,40,45,46,47}.

Quando acometidas de crises freqüentes, as crianças portadoras de asma são submetidas a inúmeras restrições, associadas, por exemplo, à sua baixa resistência às atividades físicas⁴⁶. A asma está associada também a altas taxas de absenteísmo escolar e prejuízo do desempenho acadêmico, ansiedade, depressão, funcionamento familiar comprometido, uso crônico de medicamentos que apresentam efeitos colaterais importantes, atendimentos freqüentes em serviços de emergência pediátrica e em casos mais graves, morte pela doença ou pelo uso inadequado das medicações^{12,8,37,40,48,49,50,51}.

O nível sócio econômico do paciente parece ter um impacto negativo sobre a doença, com crianças provenientes de ambientes economicamente desfavorecidos apresentando número mais alto de internações^{19,52,53}. Além disso, diversos estudos têm associado fatores comportamentais a níveis mais altos de morbidade e mortalidade pela doença^{54,55,56}.

Todos estes fatores podem levar a uma alteração no estilo de vida, prejudicando a interação da criança com colegas, limitando tipo e frequência de brincadeiras e reduzindo oportunidades para o desenvolvimento de habilidades sociais, importantes para o ajustamento atual e na vida adulta⁵⁷.

1.3.1 Asma e Estresse

A asma é uma doença crônica que pode interferir com todo o funcionamento da criança, sendo esta interferência proporcional ao controle dos sintomas. Além disso, as próprias características da doença, com a ocorrência de exacerbações súbitas e inesperadas, podem manter a criança em constante estado de estresse e de insegurança. A forma como o estresse é enfrentado e a adaptação a situações estressoras dependem do estilo da criança para enfrentar emoções negativas e da qualidade do suporte social, uma vez que o ambiente pode funcionar como um amortecedor do estresse⁵⁸.

Ser bem integrado socialmente parece funcionar como uma espécie de amortecedor do estresse, tem um impacto profundo sobre a saúde e reduz a probabilidade de morte. Um estudo realizado por Spiegel⁵⁹ concluiu que um mesmo estressor, administrado a um animal sozinho, aumenta em 50% o nível de cortisol plasmático. O aumento neste nível não ocorre, entretanto, se o animal estiver circundado por companhias familiares.

Pesquisas sobre o papel do estresse em infecções virais têm sido realizadas com adultos, crianças e animais. Estudos prospectivos controlados e estudos experimentais demonstraram que eventos adversos e outros estressores aumentam a susceptibilidade da pessoa para infecções agudas e recorrentes do trato respiratório superior. Uma provável explicação para esta associação está relacionada ao fato do estresse comprometer as respostas imunológicas do organismo. As diferenças na susceptibilidade, por sua vez, podem ser explicadas pelas diferenças na reatividade psicobiológica. A maioria dos casos

de asma começa na infância e cerca de 80% das crianças têm sua primeira crise de chiado antes do terceiro ano de vida. Eventos adversos no início da vida, como exposição a alérgenos, práticas alimentares inadequadas e infecções virais, parecem ser importantes fatores precipitantes. Dificuldades apresentadas pelos pais, como ansiedade excessiva em relação ao seu papel, estratégias deficitárias ou inadequadas de enfrentamento e falta de habilidade para cuidar da criança, podem predizer o aparecimento da asma no terceiro ano de vida em crianças geneticamente predispostas. Além de predispor à asma e precipitar o seu desenvolvimento, altos níveis de estresse predizem morbidade por asma na criança e estão correlacionados com pobre qualidade de vida⁶⁰.

Além da doença, crianças com asma experimentam outros tipos de estresse relacionados ao auto-conceito, à escola, à família e aos colegas. Os resultados de um estudo realizado com crianças asmáticas concluiu que estas devem ser vistas como crianças normais, com uma fonte adicional de estresse: a doença. Entretanto, as crianças com asma que participaram do estudo apontaram como estressores graves “ser deixada de fora do grupo” e “não ser boa o suficiente em atividades esportivas”. Estes dados sugerem a importância de treinar profissionais da área de educação a integrarem estas crianças em todas as atividades realizadas no ambiente escolar⁶¹.

O estresse associado à doença pode relacionar-se aos procedimentos necessários para diagnóstico e tratamento como dor e efeitos colaterais da medicação, mudanças na aparência como deformidades torácicas e alterações faciais, ansiedade relacionada à doença pela possibilidade de ter uma crise na escola ou em um local público, impacto desta sobre o relacionamento da criança com seus colegas e necessidade de privar-se de atividades comuns às outras crianças com restrições alimentares, limitações em relação a atividades físicas e esportivas e escolares, como a necessidade de faltar à escola devido a crises

súbitas^{62,63}. Além do estresse, ansiedade e depressão têm sido freqüentemente associadas à asma^{40,46}.

1.3.2 Asma, ansiedade e depressão

A presença de emoções negativas, como ansiedade e depressão, pode ter um impacto negativo sobre a percepção dos sintomas, exacerbando esta percepção e interferindo, conseqüentemente, com o tratamento e com o estilo de vida da criança⁶⁴. Além disso, ansiedade e depressão estão associadas a maiores índices de mortalidade pela doença^{55,65,66,67}.

Parece haver uma maior freqüência de problemas internalizantes, como ansiedade, e retraimento, entre as crianças com asma. Este dado pode explicado pelo processo de aprendizagem, uma vez que estas crianças aprendem desde cedo que comportamentos externalizantes, como agressividade e gritos, podem desencadear uma crise, levando-as a evitar este tipo de comportamento⁴⁶.

Além da ansiedade, a depressão tem sido freqüentemente identificada em crianças com asma, quando comparadas a grupos controle, bem como nas mães destas crianças^{40,47}. A depressão materna pode ter um impacto negativo sobre o manejo da doença, uma vez que mães deprimidas são percebidas como mais aversivas⁶⁸, fornecem descrições mais críticas da criança⁶⁹ e têm maior dificuldade para disciplinar os filhos⁷⁰, quando comparadas a mães controle. Assim, a depressão materna pode ter uma influência negativa sobre o comportamento da mãe e seu relacionamento com a criança, bem como sobre o manejo da doença, uma vez que o tratamento depende do contexto e da qualidade da interação familiar⁷¹. A depressão na criança e na mãe pode prejudicar, por exemplo, a percepção adequada de sintomas iniciais de uma crise, impedindo assim que o tratamento adequado

seja imediatamente ministrado na própria casa, levando a uma maior utilização dos serviços de emergência⁷².

Para Weil et al.⁷³ duas variáveis são importantes para predizer a morbidade associada à asma: a saúde mental da criança e a saúde mental da mãe ou do cuidador. Além disso, o funcionamento familiar, o suporte social materno e a presença de uma doença crônica estão significativamente relacionadas ao ajustamento psicossocial da criança⁷⁴.

Estudos enfocando os profissionais da saúde responsáveis pelo fornecimento de cuidados à crianças com asma têm mostrado que altos níveis de ansiedade parecem afetar não somente o paciente, mas também o médico. Kinsman et al.⁷⁵, em um estudo sobre o tema, concluíram que médicos mais “sensíveis” tinham uma probabilidade aumentada de prescrever doses mais altas de medicação e esteróides, por períodos mais prolongados de tempo, para pacientes mais ansiosos.

Uma das variáveis estudadas em relação ao manejo adequado da doença crônica é a qualidade do relacionamento estabelecido entre criança/família e equipe de saúde.

1.3.3 Aliança Médico/Criança/Família e Adesão ao Tratamento

O manejo adequado da asma deve considerar aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que incluem a qualidade da relação que profissionais da saúde estabelecem com a criança e seus familiares. De forma geral, o médico responsável pelo tratamento deve ter habilidades para estabelecer uma aliança terapêutica adequada com a criança e seus familiares. As Diretrizes para o Diagnóstico e Manejo da Asma⁷⁶ citam esta aliança como um dos quatro principais componentes para o manejo ideal da doença. Uma avaliação do impacto desta aliança sobre o curso do tratamento de adolescentes asmáticos foi realizada por Gavin et al.⁷⁷, que concluíram que esta aliança, além de ser um dos importantes fatores associados ao sucesso do tratamento, está associada a fatores como idade do paciente,

funcionamento familiar, qualidade da comunicação entre profissional, paciente e familiares, delineamento de um plano terapêutico individualizado, ênfase em objetivos e resultados e envolvimento familiar no tratamento.

1.3.4 Encaminhamento para o profissional de saúde mental

Quando um comprometimento psicológico impede o manejo ideal do tratamento, o encaminhamento para um profissional da área de saúde mental deve ser considerado. Entretanto, o profissional da área de saúde mental deve ser visto mais como um coadjuvante do tratamento ou parte da equipe interdisciplinar necessária para o manejo do problema e não como alguém que vai assumir responsabilidade total pelas dificuldades do paciente⁷⁸. Creer & Bender¹⁹ sugerem os seguintes critérios para a realização deste encaminhamento: altos níveis de ansiedade ou depressão, acentuada dificuldade para lidar com a doença, baixa adesão ao tratamento, crença na impossibilidade de controlar a doença, declínio no rendimento escolar ou no trabalho, conflitos freqüentes com o médico ou com profissionais da área da saúde e necessidade de atendimentos freqüentes em setores de emergência. Os profissionais devem estar atentos à possibilidade do paciente experimentar ansiedade ou depressão e devem estar preparados para identificar estes sintomas⁷⁹.

Pacientes que tiveram uma crise quase fatal de asma são especialmente vulneráveis a problemas psicológicos e devem ser constantemente monitorados e encaminhados para atendimento psicológico quando necessário⁵⁵.

Estudos indicam que fatores psicológicos têm um papel fundamental no manejo da doença e adesão ao tratamento¹⁹. Uma pobre adesão ao tratamento parece associada a fatores psicossociais como depressão, déficit em habilidades para o relacionamento interpessoal, estratégias deficitárias de enfrentamento e rejeição do diagnóstico. Assim, programas que combinam educação sobre a doença com treino em habilidades e estratégias

para modificar comportamentos são necessários para aprimorar a qualidade de vida de pacientes asmáticos e aumentar a probabilidade de adesão ao tratamento⁵⁶.

1.3.5 Asma e Fatores Positivos

Embora a maioria dos estudos sobre a presença de uma doença crônica na infância enfatizem os aspectos negativos do problema, alguns benefícios têm sido também identificados nestas crianças⁸⁰.

Crianças asmáticas, por exemplo, parecem ser mais empáticas que crianças saudáveis, provavelmente porque desenvolvem habilidade para discriminar mudanças comportamentais que podem predizer uma crise. Estando mais atentas para modificações em seu próprio comportamento, desenvolvem maior habilidade para perceber modificações no comportamento do outro e para discriminar de forma acurada os sentimentos das outras pessoas, o que as torna portanto mais empáticas, característica associada a habilidades para o contato social⁸⁰.

1.3.6 Asma, Controle da Doença e Qualidade de Vida

Os dados revistos indicam que o atendimento freqüente em serviços de emergência está associado com as seguintes variáveis: idade - crianças mais novas necessitam mais deste tipo de atendimento -, maior número de dias com sintomas de asma, maior número de drogas prescritas, hospitalização prévia pela doença, baixo nível de confiança dos pais na eficácia das drogas, falha na utilização de critérios para utilizar serviços de emergência, maior número de sintomas de ansiedade e pânico e menor nível de auto-eficácia^{81,82}.

Fatores associados a uma maior dificuldade para controlar a doença, mesmo com doses mais altas de glico-corticóides, são: pobre adesão ao tratamento, utilização inadequada da medicação, terapia anti-inflamatória inadequada, outras doenças não diagnosticadas, diagnóstico incorreto, fatores ambientais e problemas psicossociais⁸³.

Dado o impacto da doença sobre o funcionamento psicossocial da criança, estudos têm sugerido que estas podem ser beneficiadas por esforços visando melhorar a qualidade de seu suporte social, como aconselhamento familiar, e a qualidade de suas habilidades sociais, como o treino de habilidades sociais⁸.

Pela sua complexidade, a asma, para ser adequadamente manejada, deve ser vista no contexto de sistemas em interação: biológico, psicológico e social. A utilização de um modelo linear, por sua vez, tem valor limitado na compreensão e manejo da doença^{84,88}.

O manejo da asma deve incluir ainda modelos educativos, tendo como alvo o ambiente escolar (ex: treino de professores), famílias e profissionais da saúde, visando evitar o fornecimento de tratamentos inadequados, aumentar os índices de adesão ao tratamento, aprimorar a qualidade de vida da criança e familiares, reduzindo as hospitalizações e visitas a unidades de emergência, a mortalidade e os custos associados à doença^{85,86,87}.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar, por meio da percepção dos pais, competência social e transtornos comportamentais de crianças com asma.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Caracterizar uma amostra de pacientes pediátricos com asma atendidos em ambulatório de pneumologia pediátrica de hospital escola.

2.2.2 Caracterizar o paciente com asma segundo manifestações clínicas da asma.

2.2.3 Avaliar competência social em crianças com asma e comparar com um grupo controle.

2.2.4 Identificar transtornos comportamentais em crianças com asma e comparar com um grupo controle.

3 Casuística e métodos

3.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo de caso controle, cujo delineamento básico é a seleção de um grupo de pessoas com a doença (grupo de crianças com asma) e um grupo de pessoas sem a doença (grupo controle de crianças sem asma), que sejam semelhantes (neste estudo em relação a sexo, idade e local de atendimento em serviço de saúde). A história dos dois grupos é estudada para determinar se as diferenças entre ambos podem auxiliar a compreender porque um deles desenvolveu um problema (neste caso dificuldades em relação a competência social e transtornos comportamentais)⁸⁹.

É um estudo observacional de fatores de risco e que os casos têm o desfecho na ocasião em que a informação destes fatores está sendo pesquisada.

É um dos métodos mais importantes para estudar etiologia e questões clínicas, destacando a sua considerável suscetibilidade ao viés. Para serem comparáveis e evitando o viés, deve-se ter casos e controles nos membros da mesma população^{89,90}.

3.2 Amostra do estudo

Grupo de casos de crianças com asma: O grupo de crianças com Asma foi composto por 62 pacientes selecionados de acordo com as consultas agendadas, 36 do sexo masculino (58,06%) e 26 do sexo feminino (41,94%), com idade entre 7 e 16 anos (IM: 10,94; DP:2,28), sendo 42 com asma moderada e 20 com asma grave.

Critérios de inclusão: crianças portadoras de asma moderada e grave de 7 a 16 anos que freqüentam os serviços de Pneumologia Infantil e de Alergia e Imunologia do Ambulatório de Pediatria do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Critérios de exclusão: crianças com internação prévia em Unidades de Tratamento Intensivo, doenças neurológicas graves, dificuldades escolares importantes, presença de outras doenças crônicas.

Foram inicialmente incluídas no estudo 67 pacientes de ambos os sexos, na faixa etária de 7 a 16 anos, portadores de asma brônquica moderada e grave. Destas 67 crianças, 5 foram excluídas: 2 por apresentarem internações prévias em UTI; 1 por ter Osteomielite e Deficiência Mental; 1 por apresentar Paralisia Cerebral e 1 por estar em tratamento por dificuldade escolar grave.

Grupo controle: O grupo controle foi composto por 62 crianças, 37 do sexo masculino (59,68%) e 25 do sexo feminino (40,32%), com idade entre 7 e 16 anos (IM: 10,26; DP:2,37), sem diagnóstico de doença crônica, com características semelhantes às crianças com asma.

Critérios de inclusão: crianças com idade entre 7 e 16 anos sem diagnóstico de doença crônica, com características semelhantes às crianças com asma em termos de sexo e faixa etária, atendidas nos ambulatórios de Ortopedia e Traumatologia e de Oftalmologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Critérios de exclusão: crianças com asma, rinites graves, internação por pneumonia ou outras doenças crônicas.

3.3 Metodologia

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Pediatria do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, de março a setembro de 2000.

3.3.1 Instrumentos utilizados

Para a realização do estudo foram utilizados três instrumentos, sendo que dois - Ficha de Identificação e Ficha Clínica - foram elaborados pelo pesquisador e o terceiro -

CBCL (*Child Behavior Check List*) - é um instrumento já utilizado internacionalmente para avaliação de competência social e transtornos comportamentais em crianças.

Foi feito um estudo piloto em um número correspondente a 10% da amostra (6 casos) que preenchiam os critérios de inclusão no estudo. Após o piloto a Ficha de Identificação e a Ficha Clínica sofreram adaptações e, posteriormente foram utilizados para a coleta dos dados da pesquisa.

Os três instrumentos utilizados são:

Ficha de Identificação - desenvolvido pelo pesquisador e que abordou questões referentes a dados sócio – demográficos como idade, sexo, número de irmãos, condições de moradia, escolaridade, renda familiar, serviço de saúde utilizado (Anexo I).

Ficha Clínica – desenvolvido pelo pesquisador, abordou aspectos da história da doença como tipo de asma, tempo de doença, antecedentes familiares, evolução clínica – número de episódios asma e de internações, presença de alergia, fatores desencadeantes da asma, medicamentos, situação entre as crises, teste alérgico, IGE, RAST, PEAK FLOW, faltas à escola e rendimento escolar, dificuldades físicas (Anexo II).

CBCL (*Child Behavior Check List*) – O CBCL é um questionário considerado “padrão ouro” para avaliar funcionamento psicossocial em crianças, amplamente utilizado em pesquisas na área de Psicologia Pediátrica^{42,77}. Contém 138 itens, 20 que avaliam competência social e 118 que avaliam problemas de comportamento. É destinado a crianças com idade entre 4 e 18 anos e é um instrumento a ser respondido pelos pais, que são solicitados a comparar o comportamento do filho com o comportamento de crianças da mesma faixa etária.

A primeira parte do questionário enfoca a competência social e investiga a participação da criança em atividades (esportes, brincadeiras, jogos, passatempos, trabalhos

e tarefas), em organizações (clubes e times), seu relacionamento (família, amigos), independência para brincar e realizar tarefas de trabalho e desempenho na escola. A segunda parte, com 118 ítems, abrange problemas emocionais e comportamentais, divididos em sintomas internalizantes e externalizantes. Os internalizantes são definidos como “de natureza interna” e incluem ansiedade, depressão, retraimento, queixas esquizóides e somáticas. Os externalizantes são “de natureza manifesta ou externa” e incluem comportamentos delinquentes, cruéis ou agressivos.

Os escores obtidos indicam o perfil social e comportamental da criança e escores de corte determinam sua inclusão nas categorias não clínica (inferiores a 60), limítrofe (60 a 63) e clínica (superiores a 63). A inclusão da categoria limítrofe na categoria clínica reduz as categorias para apenas duas: não clínica e clínica, como foi realizado neste estudo⁹¹.

A validação preliminar da versão brasileira do CBCL, foi conduzida com 49 crianças de ambos os sexos, com idades entre 4 e 12 anos, utilizando a avaliação psiquiátrica para determinar a validade do instrumento. Os resultados indicaram que a versão brasileira alcançou boa sensibilidade (87%), identificando corretamente 75% dos casos leves, 95% dos moderados e 100% dos casos graves⁹¹. Sua avaliação é realizada por programa de computador (Anexo III).

A utilização desse instrumento na presente pesquisa objetivou a obtenção de avaliações do comportamento infantil, sob o ponto de vista parental.

3.2.2 Procedimento para obtenção dos dados:

Durante os meses de março a setembro de 2000, no Ambulatório de Pediatria do Hospital de Base da FAMERP, as mães (ou responsáveis) e as crianças identificadas de acordo com os critérios de inclusão no grupo de casos e no grupo controle, foram

convidadas a participar do estudo, após receberem informações sobre o mesmo. Após concordarem, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo IV).

O questionário foi respondido enquanto as crianças e suas mães aguardavam pela consulta médica na sala de espera ou, após a consulta médica, estas eram encaminhadas a uma sala de consulta. Enquanto a mãe respondia ao questionário, a criança era solicitada a fazer um desenho (a criança com asma era solicitada a fazer um desenho sobre sua doença).

Os instrumentos foram aplicados por estagiários e residentes nas áreas de Psicologia e Medicina, previamente selecionados e submetidos a treinamento específico, que constou de sensibilização para a pesquisa e de orientações para aplicação dos questionários totalizando 4 hs., para garantir o uso das instruções padronizadas, assegurando a confiabilidade e o nível de precisão dos dados.

Os estagiários de Psicologia foram responsáveis pela aplicação do CBCL, enquanto os residentes de Pediatria preencheram as Fichas de Identificação e as Fichas Clínicas das crianças. A aplicação dos instrumentos do estudo foi realizada pelos entrevistadores de campo com a supervisão do pesquisador responsável .

Os pacientes que tinham dúvidas em relação às questões puderam solucioná-las com os psicólogos responsáveis pelo atendimento a pacientes da Pediatria, que foram previamente treinados. O tempo médio para completar o questionário (CBCL) foi de 20 minutos.

3.3.3 Cronograma de execução

Esta fase da pesquisa durou 6 meses, de Março a Setembro de 2000.

A pesquisa teve início no dia 02/3/2000 e terminou no dia 28/09/2000.

3.4 Análise estatística

Os resultados obtidos foram analisados por meio dos testes de proporção, χ^2 , teste *t* de student, análise de variância, ANADEP e ANADEPMU, adequados para a análise de dados de amostras independentes, tendo sido aplicado um intervalo de confiança de 95%. O nível de significância adotado foi 0,05.

Programas de computador

Foram utilizados os seguintes softwares: Access[®] para digitação do banco de dados e MINITAB[®] v. 12.2, ANADEP (programa desenvolvido por J.A.Cordeiro) e ANADEPMU (programa desenvolvido por J.A.Cordeiro e implementado no S-Plus[®]) para análise estatística.

3.5 Aspectos éticos

A Produção dos dados seguiu os mais rigorosos preceitos éticos em relação a todos os sujeitos convidados a colaborar com a investigação, como usuários de serviços (pacientes e pais) e profissionais de saúde. São eles: esclarecimento adequado de objetivos e métodos da pesquisa; respeito à privacidade; não exposição a qualquer ameaça à integridade física, psicológica, moral e social; direito à não participação e/ou sua interrupção a qualquer momento com garantia de não-discriminação sob todas as perspectivas em qualquer dessas alternativas, acesso aos resultados da investigação.

Todos esses aspectos constaram de consentimento informado assinado pelos participantes e o protocolo foi autorizado pelo Comitê de Ética da FAMERP. A aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (protocolo5722/99) foi emitida com o parecer n.o 001/2000 em 10 de janeiro de 2000.

É também um princípio norteador do projeto a necessidade de que os produtos da pesquisa revertam inequivocamente em benefício dos sujeitos estudados, promovendo e/ou garantindo seus direitos fundamentais à vida e ao desenvolvimento pleno e saudável.

4 Resultados

4.1 Característica demográficas da amostra

As características demográficas da amostra estudada, contendo 62 crianças portadoras de asma e 62 controles, encontram-se na Tabela 1

Tabela 1 - Características demográficas das crianças com asma e das crianças do grupo controle

	Categoria								Total
	Grupo controle		Asma moderada		Asma grave		total		
N	62		42		20		62		124
Sexo (M/F)	M:37	F:25	M:24	F:18	M:12	F:8	M:36	F:26	
Idade									
7 a		5		3		0		3	8
8 a		13		4		4		8	21
9 a		9		7		1		8	17
10 a		8		5		2		7	15
11 a		15		6		6		12	27
12 a		0		5		2		7	7
13 a		3		7		1		8	11
14 a		4		4		2		6	10
15 a		4		0		1		1	5
16 a		1		1		1		2	3

A Figura 01 mostra a proporção de crianças dos sexos masculino e feminino nos dois grupos da amostra.

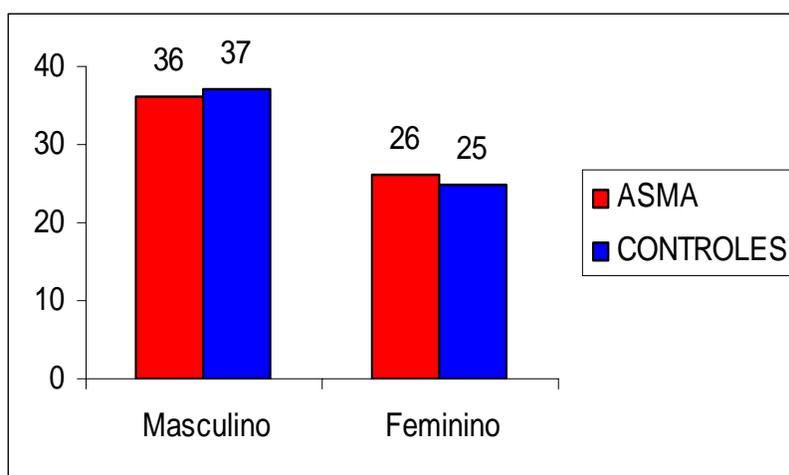
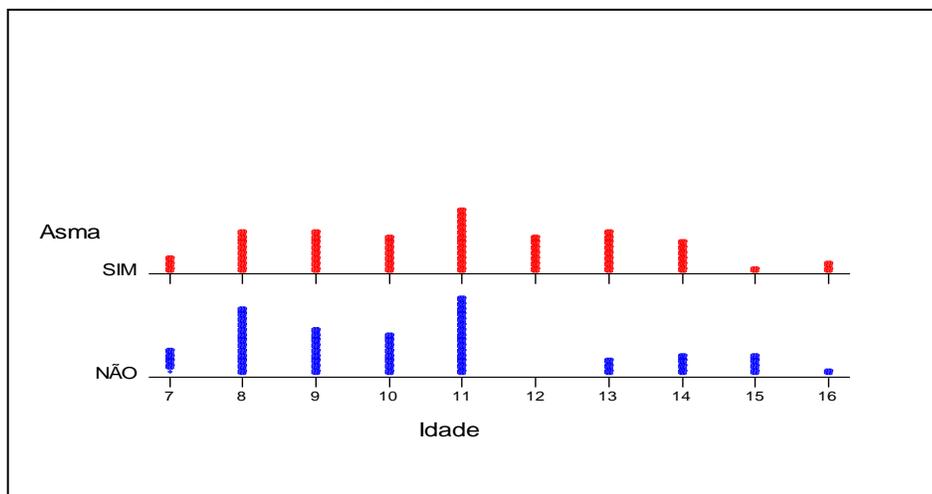


Figura 01. Distribuição dos grupos asma e controle em relação ao sexo.

Uma análise utilizando o Teste para Comparação de 2 Proporções não evidenciou diferença nas proporções entre sexos nos dois grupos (valor $p=0,86$) e o teste t de Student (valor $p=0,11$) não indicou diferença significativa nas idades médias dos dois grupos (Figura 02).

Figura 02. Distribuição dos grupos asma e controle em relação à idade.



4.2 Características clínicas

Para a maioria das crianças do grupo asma (93,55%) a doença teve início antes dos 3 anos de idade (Figura 03).

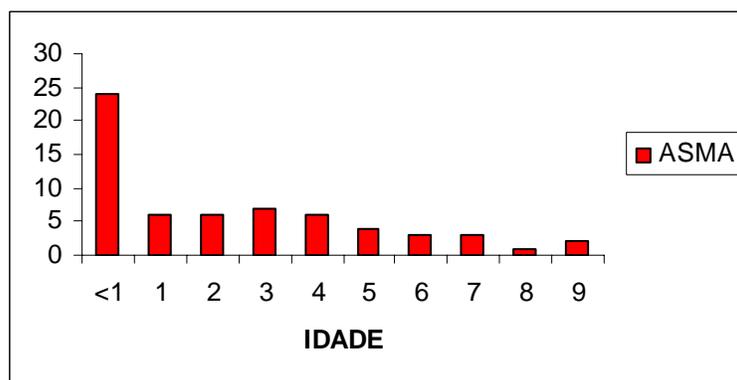


Figura 03. Distribuição das crianças do grupo asma em relação à idade de início da doença.

4.2.1 Asma e competência social global

A competência social global, que inclui atividades e aspectos social e escolar, mostrou-se fortemente associada à asma (χ^2 de Pearson com valor $p=0,000$ e χ^2 pela ANADEP com valor $p=0,001$) (Fig.04).

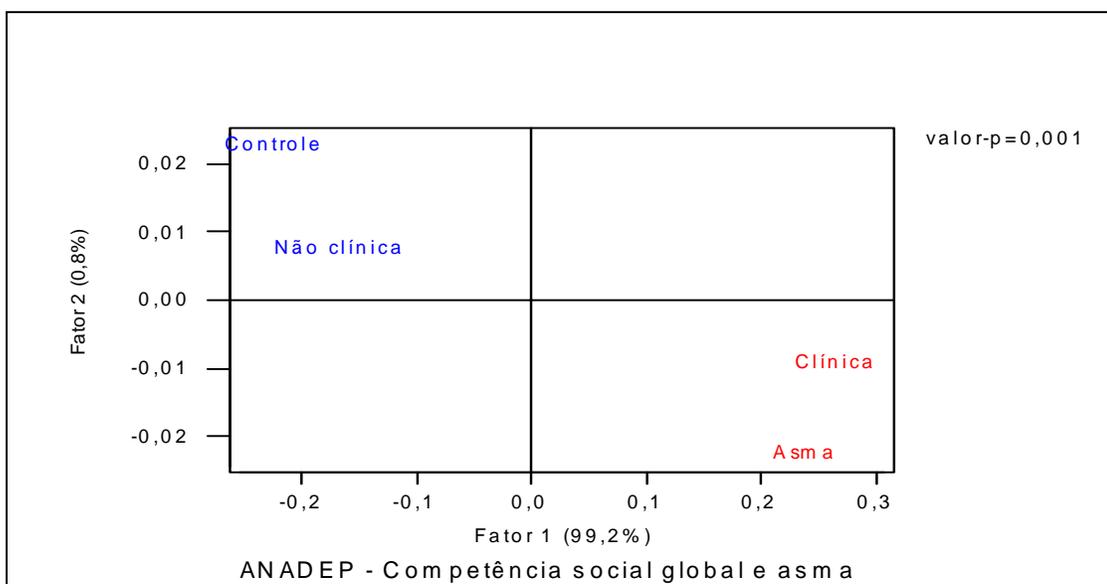


Figura 04. Competência social global para o grupo de crianças asma e controle.

4.2.2 Asma e áreas específicas da competência social: atividades, social e escola

Além de ser analisada de forma global, a competência social foi também avaliada em áreas específicas: atividades, social e escola. Para o grupo de crianças com asma, a análise das áreas atividades (χ^2 de Pearson com valor $p=0,001$) e escola (χ^2 de Pearson com valor $p=0,01$) mostrou associação com a asma (Figuras 5 e 6). Esta associação não esteve presente na análise da variável social (χ^2 de Pearson com valor $p=0,23$).

A Tabela 02 mostra os escores obtidos pelas crianças dos grupos asma e controle no CBCL e classificação como clínicas/não clínicas em relação a competência social nas áreas: atividades, social e escola.

Tabela 2- Escores e classificação das crianças asma e controle como clínica/não Clínica em relação a competência social nas áreas: Atividades, Social e Escola.

Competência social	Atividades p=0,001		Social p=0,23		Escola P=0,01		Global p=0,001	
	Clinico	ñ clinico	clinico	ñ clinico	clinico	ñ clinico	clinico	ñ clinico
ASMA	16	46	13	49	17	35	36	26
CONTROLE	3	59	8	54	6	56	15	47

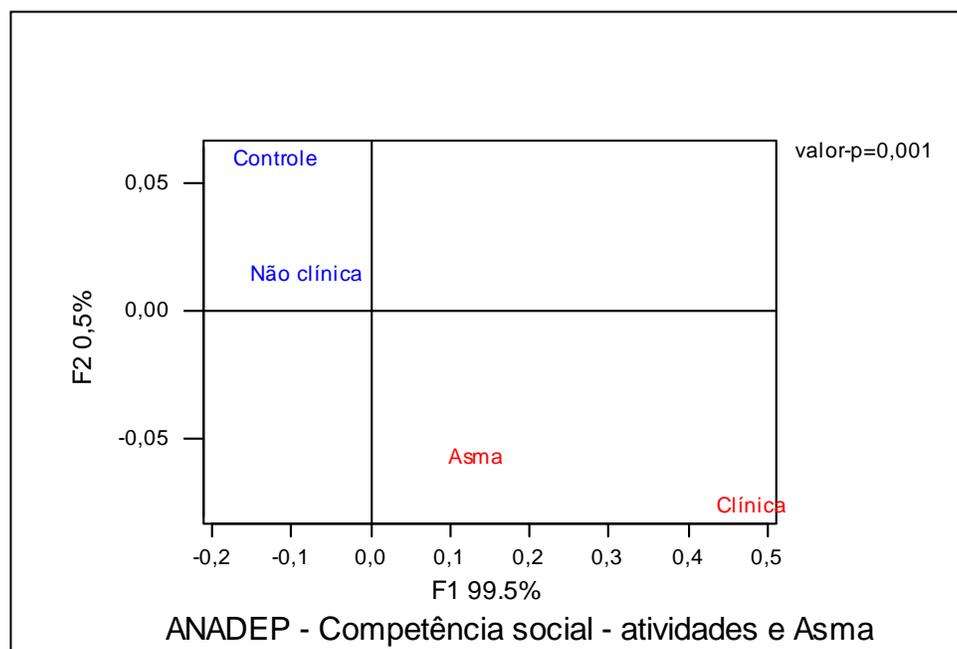


Figura 5 Competência social – atividades para o grupo de crianças asma e controle

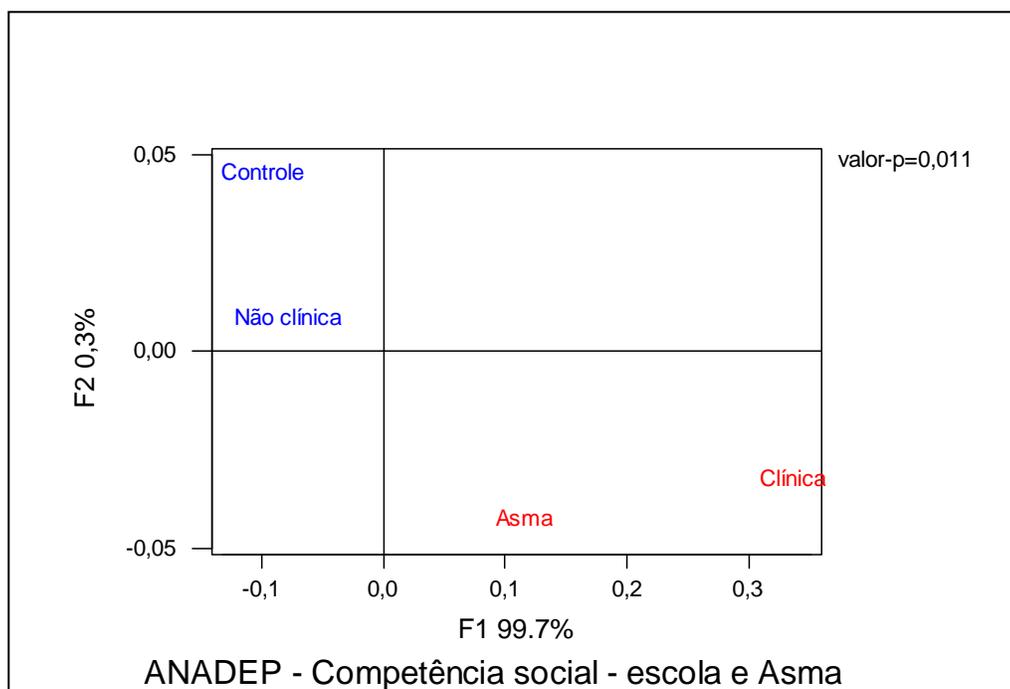


Figura 6 Competência social – escola para o grupo de crianças asma e controle

4.2.3 Asma e competência social em relação ao sexo

Uma análise da competência social em relação ao sexo (Tabela 03) indicou que não houve interferência do sexo em relação à competência social global (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,09$) nem em relação às áreas específicas da competência social: atividades (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,08$); social (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,78$); escola (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,14$).

Tabela 3. Associação entre competência social e sexo para as crianças dos grupos asma e controle.

Comp.social		Asma		Controle		p
		M	F	M	F	
Atividades	clínico	11	5	3	0	0,08
	ñ clínico	25	21	34	25	
Social	clínico	8	5	6	2	0,78
	ñ clínico	28	21	31	23	
Escola	clínico	13	4	5	1	0,14
	ñ clínico	23	22	32	24	
Global	clínico	24	12	12	3	0,09
	ñ clínico	12	14	25	22	

4.2.4 Asma e competência social em relação a faixa etária e idade média

A competência social não se mostrou associada à idade média para nenhum dos grupos: grupo asma (análise de variância com valor $p=0,43$) e grupo controle (análise de variância com valor $p=0,08$). Em relação à faixa etária nos dois grupos, também não houve associação com competência social (grupo asma: χ^2 de Pearson com valor $p=0,12$; grupo controle: χ^2 de Pearson com valor $p=0,41$).

4.2.5 Relação entre tipo de asma e competência social

Uma análise da competência social em relação ao tipo de asma (moderada e grave) não evidenciou nenhuma associação (χ^2 de Pearson com valor $p=0,19$). A análise das áreas atividades (χ^2 de Pearson com valor $p=0,92$), social (χ^2 de Pearson com valor $p=0,59$) e escola (χ^2 de Pearson com valor $p=0,13$) também não mostrou associação com o tipo de asma. (Tabela 04).

Tabela 04. Associação entre tipo de asma e competência social (áreas: atividades, social e escola)

Competência social		n	Tipo de asma
Atividades	Clinico	11	moderada
	ñ clinico	31	
	Clinico	5	grave
	ñ clinico	15	
Social	clinico	8	moderada
	ñ clinico	34	
	Clinico	5	grave
	ñ clinico	15	
Escola	Clinico	9	moderada
	ñ clinico	33	
	Clinico	8	grave
	ñ clinico	12	
Total	Clinico	22	moderada
	ñ clinico	20	
	clinico	14	grave
	ñ clinico	6	

4.2.6 Asma e Transtorno Comportamental global

Houve uma forte associação entre a avaliação global dos transtornos comportamentais e presença de asma (χ^2 de Pearson com valor $p=0,005$ e χ^2 pela ANADEP com valor $p=0,005$) (Fig. 07).

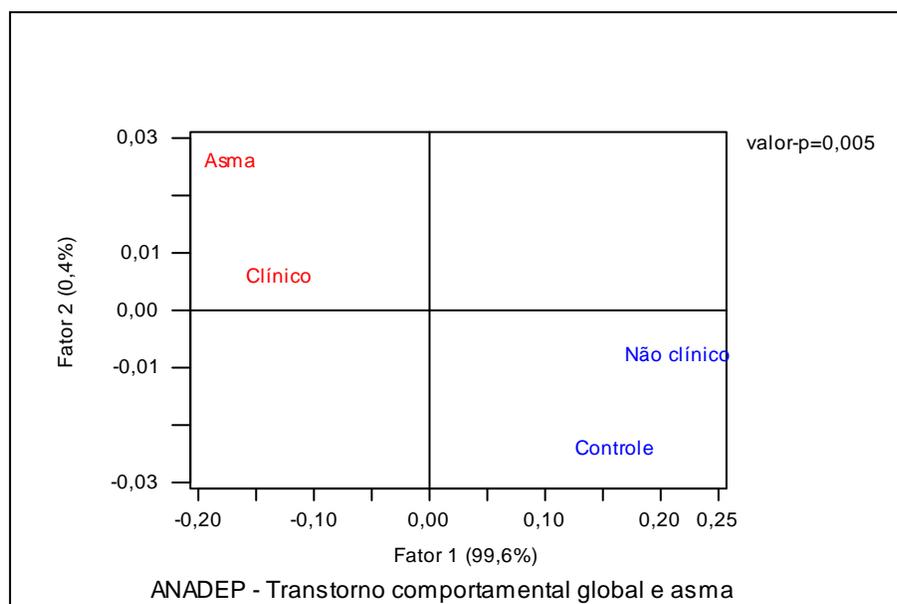


Figura 07 Associação entre escore clínico/não clínico para transtorno comportamental global para os grupos de crianças com asma e controle.

4.2.7 Asma e Transtornos comportamentais Internalizantes e Externalizantes

Os transtornos comportamentais foram avaliados também como internalizantes e externalizantes (Tabela 05). Em relação aos internalizantes, houve uma forte associação com a asma (χ^2 de Pearson com valor $p=0,001$). Os externalizantes, por sua vez, não se mostraram associados à doença (χ^2 de Pearson com valor $p=0,056$) (Fig. 08).

Tabela 5. Associação entre asma e transtornos comportamentais internalizantes e externalizantes

Transtornos Comportamentais	Internalizantes		Externalizantes		Global	
	p=0,001		p=0,056		p=0,005	
	clínico	ñ clínico	clínico	ñ clínico	clínico	ñ clínico
ASMA	30	32	19	43	47	15
CONTROLE	13	49	10	52	32	30

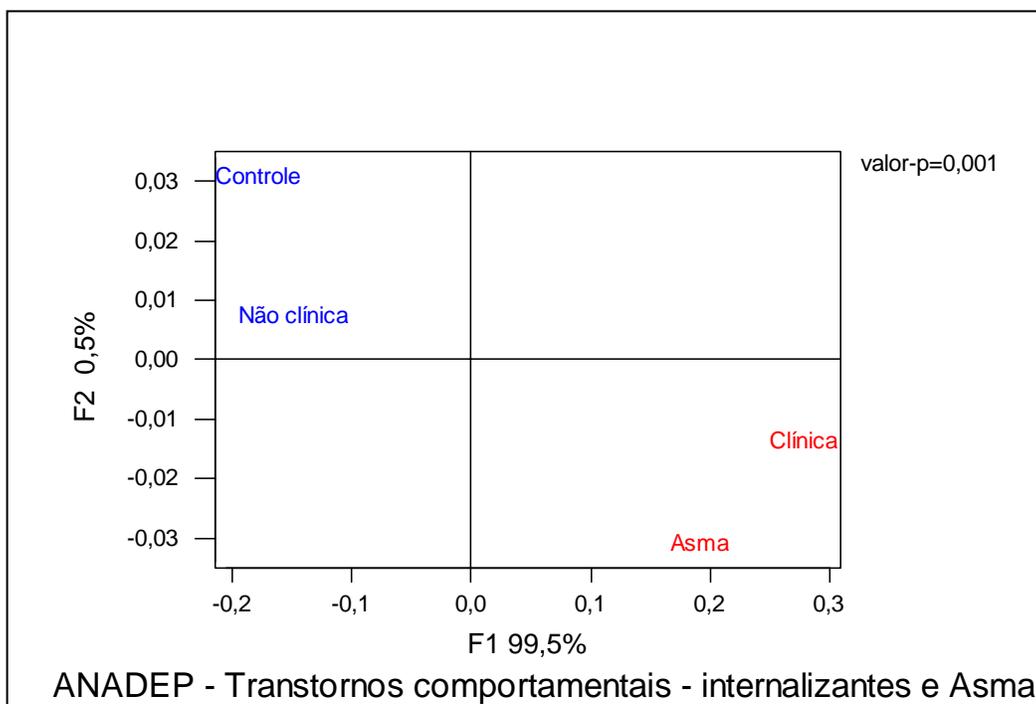


Figura 08 Associação entre escore clínico/não clínico para transtornos internalizantes e externalizantes para as crianças com asma e do grupo controle.

4.2.8 Transtornos comportamentais e sexo

Uma análise dos transtornos comportamentais em relação ao sexo não evidenciou associação (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,50$). Não houve também associação entre transtornos internalizantes (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,82$) e externalizantes (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,44$) em relação ao sexo.

4.2.9 Transtornos comportamentais e transtornos comportamentais internalizantes e externalizantes em relação à faixa etária e idade média

Não houve associação entre transtornos comportamentais e idade média para nenhum dos grupos: grupo asma (análise de variância com valor $p=0,47$) e grupo controle (análise de variância com valor $p=0,170$). Em relação à faixa etária, também não houve associação para nenhum dos dois grupos com transtornos comportamentais (grupo asma: χ^2 de Pearson com valor $p=0,91$; grupo controle: χ^2 de Pearson com valor $p=0,60$), com transtornos internalizantes (grupo asma: χ^2 de Pearson com valor $p=0,40$; grupo controle: χ^2 de Pearson com valor $p=0,68$) nem com os externalizantes (grupo asma: χ^2 de Pearson com valor $p=0,84$; grupo controle: χ^2 de Pearson com valor $p=0,09$).

4.2.10 Transtornos comportamentais e tipo de asma

Uma análise dos transtornos comportamentais em relação ao tipo de asma (moderada e grave) também não evidenciou nenhuma associação (χ^2 de Pearson com valor $p=0,24$). A análise dos transtornos internalizantes não indicou associação com o tipo de asma (χ^2 de Pearson com valor $p=0,71$), assim como não houve associação entre tipo de asma e transtornos externalizantes (χ^2 de Pearson com valor $p=0,51$) (Tabela 06).

Tabela 6 Tipo de asma (moderada/grave) e transtornos comportamentais (global, internalizantes e externalizantes)

TRANSTORNO COMPORTAMENTAL		n	TIPO DE ASMA
Internalizante	Clinico	21	moderada
	ñ clinico	21	
	Clinico	9	grave
	ñ clinico	11	
Externalizante	clinico	14	moderada
	ñ clinico	28	
	Clinico	5	grave
	ñ clinico	15	
Global	Clinico	30	moderada
	ñ clinico	12	
	Clinico	16	grave
	ñ clinico	4	

5 Discussão

A maioria dos casos de asma começa na infância e 80% das crianças tem sua primeira crise antes do terceiro ano de vida⁶⁰. Das crianças que compuseram o grupo com asma neste estudo, 93,55% têm a doença desde antes dos três anos de idade. O aparecimento precoce da doença, associado à gravidade da mesma e o momento e duração das primeiras internações, são considerados importantes fatores preditores de problemas comportamentais futuros⁹². Além disso, a presença de uma doença crônica no início da vida, com risco de morte por asfixia durante uma crise, constitui uma importante fonte de ansiedade tanto para a criança como para os pais^{19,41,65,93}.

Pediatras e pneumologistas, que serão provavelmente os primeiros profissionais a atender estas crianças, devem portanto estar aptos a reconhecer a ansiedade que frequentemente acompanha a asma, bem como estabelecer um vínculo de confiança com o paciente e com a família, que favoreça o manejo da doença e de todas as dificuldades a ela associadas^{77,79}.

A associação entre alterações da competência social e asma esteve presente na amostra estudada, isto é, as crianças com asma apresentaram um repertório de competência social global aquém do repertório apresentado pelo grupo controle. Este dado é compatível com a literatura sobre funcionamento social e doenças crônicas na infância⁸.

Uma criança é considerada socialmente competente quando seu comportamento, em áreas consideradas socialmente importantes, é avaliado como adaptativo e adequado à sua faixa etária. Além disso, o comportamento social é vital para aquisição de reforçamentos sociais, culturais e econômicos e aquelas crianças que não possuem comportamentos sociais apropriados, habitualmente são socialmente isoladas, rejeitadas, com maior

probabilidade para apresentar transtornos mentais⁹⁴. Além disso, é por meio das habilidades sociais que a criança assimila papéis e normas sociais⁹⁵.

Pelas suas características, a asma pode interferir com todo o funcionamento da criança e da família, sendo esta interferência proporcional ao controle dos sintomas. Uma das formas de avaliar o impacto da doença sobre o indivíduo é avaliar a sua qualidade de vida, associada ao funcionamento individual nos domínios inter-relacionados da mobilidade, atividade física e atividade social. Programas de atendimento global a crianças portadoras de doenças crônicas visam expandir tanto a duração como a qualidade de vida destas crianças

As experiências negativas vividas por crianças portadoras de doenças crônicas - como internações e consultas em serviços de emergência - bem como a privação de algumas experiências importantes para o desenvolvimento de habilidades sociais - como prática de esportes, brincar com colegas sem preocupar-se com contato com alérgenos - podem ter um impacto negativo sobre sua qualidade de vida e sobre o desenvolvimento da competência social. A competência social, por sua vez, é uma habilidade fundamental para o funcionamento adequado na vida adulta^{92,93,94,95}.

Quando uma análise de aspectos específicos da competência social foi realizada, houve uma associação de alguns destes aspectos, como atividades e escola com a asma. Em relação a atividades, a criança com asma pode deixar de realizar atividades comuns à maioria das crianças, como andar de bicicleta, nadar, soltar pipa, brincar na terra, que propiciam o desenvolvimento de competência na área social. O desempenho social significativamente inferior também em relação à escola está provavelmente associado às faltas necessárias em função da doença, que prejudicam o desempenho acadêmico e social. Além disso, a possibilidade de uma crise súbita de asma pode deixar a criança ansiosa em

relação ao seu desempenho acadêmico, dado compatível com a presença significativamente maior de ansiedade na amostra de crianças com asma^{19,41,65,93}.

Não houve associação entre o aspecto social da competência social com a presença de asma. Este dado pode ser explicado pelos estudos que indicam que crianças com asma, por desenvolverem desde cedo a habilidade para discriminar alterações no seu próprio funcionamento que podem indicar a iminência de uma crise, desenvolvem maior habilidade para discriminar sentimentos das outras pessoas, fator associado à empatia, importante componente das habilidades sociais⁸⁰.

Não houve relação entre asma e competência social em relação ao sexo nem em relação à faixa etária quando uma análise global da competência social foi realizada. Este dado é compatível com a literatura sobre problemas psicossociais em crianças e adolescentes com asma. O sofrimento emocional, os sintomas e os transtornos psiquiátricos presentes nesta população são tão frequentes para os meninos como para as meninas, provavelmente porque ambos os sexos sofrem os mesmos problemas de adaptação associados à doença⁸⁰.

Não houve associação entre tipo de asma e competência social, isto é, o impacto da gravidade da doença não se mostrou um fator importante na amostra estudada. Talvez este dado fosse diferente se tivessem sido incluídas no estudo crianças portadoras de asma leve.

Os transtornos comportamentais, avaliados de forma global, mostraram-se fortemente associados à asma. Este dado é compatível com outros estudos, que indicam que a convivência da criança portadora de uma doença crônica com estressores pode aumentar a sua vulnerabilidade para transtornos mentais^{8,40,80}. Quando uma análise dos transtornos é realizada em função de transtornos externalizantes e internalizantes, apenas os internalizantes, como ansiedade e depressão, parecem associados à doença. Este resultado é

compatível com as características presentes na asma. Desde cedo a criança com asma aprende que comportamentos agressivos, característicos dos transtornos externalizantes, podem desencadear uma crise, tornando-a portanto mais vulnerável para os internalizantes^{46,80}.

Não houve associação entre transtornos comportamentais e sexo e faixa etária. Como discutido anteriormente em relação à competência social, há um impacto semelhante da doença para os meninos e para as meninas da amostra, independente da idade⁸⁰.

Também não houve associação entre transtornos comportamentais e tipo de asma. Uma vez que apenas crianças com asma moderada e grave foram incluídas, é possível que este fato seja responsável pelo não aparecimento da associação.

A presença de problemas na área de competência social e de transtornos comportamentais na amostra estudada ressalta a necessidade de um atendimento global a estas crianças que, além das dificuldades presentes em função da asma, terão sua qualidade de vida ainda mais prejudicada pela presença de um transtorno mental.

Estes dados indicam ainda a necessidade de avaliar constantemente estas crianças em relação a sintomas para transtornos mentais, permitindo assim uma intervenção precoce.

Embora este estudo tenha utilizado uma única fonte de dados sobre a criança – o relato da mãe ou responsável – os dados obtidos foram compatíveis com a literatura sobre o tema. A utilização de dados provenientes de outras fontes, como a escola e a própria criança, poderiam auxiliar no fortalecimento das conclusões do estudo.

Pesquisas futuras, com amostras maiores e com diferentes grupos de crianças com doenças crônicas, poderiam auxiliar a compreender melhor o impacto psicossocial destas sobre o desenvolvimento. Além disso, estudos longitudinais são necessários para esclarecer as interações entre as variações presentes no desenvolvimento normal e as variações

decorrentes da presença de uma doença crônica, tanto para a criança como para a família. Uma melhor compreensão da associação entre doenças crônicas e transtornos mentais é vital para promover o desenvolvimento saudável destas crianças, reduzindo também os custos dos tratamentos⁶.

6 CONCLUSÕES

As crianças do grupo com asma apresentaram características semelhantes às das crianças do grupo controle, no que se refere a idade, sexo e local de atendimento.

Houve uma associação entre competência social global e asma, isto é, as crianças com asma apresentaram um repertório de competência social global aquém do repertório apresentado pelo grupo controle. Houve ainda uma associação entre os aspectos Atividades e Escola da competência social para as crianças com asma.

Não houve associação entre competência social e sexo, faixa etária e tipo de asma. Os aspectos atividades, social e escola da competência social também se mostraram associados ao sexo, faixa etária e tipo de asma.

Os transtornos comportamentais, analisados de forma global, mostraram-se associados à presença de asma. A análise realizada em função de transtornos internalizantes e externalizantes, mostrou que apenas os internalizantes, como ansiedade e depressão, estiveram associados ao grupo de crianças com asma.

Não houve associação entre transtornos comportamentais e sexo, faixa etária e tipo de asma. Os aspectos internalizantes e externalizantes dos transtornos comportamentais também não se mostraram associados ao sexo, faixa etária e tipo de asma.

Pela análise dos dados, as crianças com asma evidenciaram maiores dificuldades em relação a competência social e transtornos comportamentais que as crianças do grupo controle.

7 Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Constitution – The first two chapters. <http://www.who.int/htl/historical/constitution.htm>, 1985.
2. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Appendix B, article 12, 1976
3. Mann JM, Gruskin S, Grodin MA & Annas GJ. 1999. Health and human rights. A reader. New York, Routledge.
4. UNICEF. Child Rights. <http://www.unicef.org/crc/conven.htm>.
5. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.
6. Holden EW, Chmmielewski D, Nelson CC & Kager VA. Controlling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 1997; 22(1): 15-27.
7. Souza EAP. Qualidade de vida na epilepsia infantil. *Arq Neuropsiquiatr*, 1999; 57(1): 34-39.
8. Thompson RJ, Gustafson KE. Adaptation to chronic childhood illness. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1996.
9. National Institute of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute (US). Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Washington, DC: Publication 1997; n ° 97-4051.
10. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *Jornal de Pneumologia* 1998; 24:173-177.

11. Lemanske RF, Busse WW. Asthma. JAMA 1997; 278: 1855-187
12. Barnes PJ, Godfrey S, Nasptiz CK. Asma. Londres: Martin Dunitz; 1997.
13. American Lung Association. Asthma in children Fact Sheet. 2000, <http://www.lungusa.org/asthma>
14. Sander N. A parent's guide to asthma. How you can help your child control asthma at home, school, and play. New York: Plume; 1994.
15. Godfrey S, Barnes PJ, Nasptiz CK. Asma e sibilância em crianças Londres: Martin Dunitz; 1997.
16. Buchanan N, Cooper P. Childhood asthma. What it is and what you can to do. Tricycle: Califórnia; 1991.
17. Kiertsman B, Damaceno N. Criança Sibilante. In: Gutierrez MT, Pistelli IP, Mori H, Pacciez JD, Amaral LC, Sartori MEA, editores. Pediatria Diagnóstico e Terapêutica 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial; 1999. p. 322-327.
18. Cropp G. Regional Differences in Prevalence and Risks of Respiratory Diseases in Children. Pediatric Pulmonology 1999; Supl 18: 30-40.
19. Creer TL, Bender BJ Pediatric Asthma. In: Roberts M, editor. Handbook of Pediatric Psychology. 2ª ed. New York: Guilford; 1995. p. 219-240.
20. International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases. Management of asthma in adults. A guide for low income countries. 1996.
21. Kumar RK. Not every child who coughs has asthma. Aust Fam Physician 2000; 29 (7): 659-662.

22. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Worldwide variations in prevalence of asthma symptoms. *Eur Respir J* 1998; 12(2):315-335.
23. Mallol J, Solé D, Asher I, Clayton T, Stein R, Soto-Quiroz M. Prevalence of asthma symptoms in Latin America: The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC). *Pediatr Pulmonol* 2000; 30(6):439-444.
24. Zhang L, D'Ávila NEM, Santos JCD, Ferruzzi EH, Chitolina J, Costa MMG. A tendência das hospitalizações por crises de asma em crianças em um período de dezoito anos. *J. Pediatr* 1999; 75(4): 249-255.
25. Taylor WR, Newacheck PW. Impact of childhood asthma on health. *Pediatrics* 1992; 90(5): 657-662.
26. Ruffino Netto A. Situação da Asma no Brasil. Simpósio Comemorativo do Dia Nacional da Consciência da Asma. São Paulo. 1999; p. 14-16.
27. Rosario Filho N. Mortalidade por Asma. Simpósio Comemorativo do Dia Nacional da Consciência da Asma. São Paulo. 1999; p. 7.
28. Solé D. Epidemiologia da Asma no Brasil. Simpósio Comemorativo do Dia Nacional da Consciência da Asma. São Paulo. 1999; p. 3-5.
29. Mitchell EA. Asthma Epidemiology: Clues and Puzzles. *Pediatr Pulmonol* 1999; 18(Supl): 31-33.
30. Lenney W. The Burden of Pediatric Asthma. *Pediatr Pulmonol* 1997; 15(Supl): 13-16.

31. Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in United States. *New Engl J Med* 1992; 326(13): 862-866.
32. Surveillance for Asthma – United States 1960-1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1998; 47(SS-1).
33. Stahlman J, Salmun L. New Developments in the Home Monitoring of Asthma. *The Internet Journal of Asthma, Allergy and Immunology*. 1999, <http://www.icaap.org/iuicode?64.1.1.5>
34. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. The Pediatric Asthma Guidelines. 2000, <http://www.aaaai.org/professional/initiatives/pediatricasthma.stm>
35. American Lung Association. Trends in Asthma Morbidity and Mortality. *Epidemiology & Statistics Unit*. Fevereiro 2000, <http://www.lungusa.org/asthma>
36. Lozano P, Fishman P, Von Korff M, Hecht J. Health Care Utilization and Cost Among Children with Asthma who were Enrolled in a Health Maintenance Organization. *Pediatrics* 1997; 99: 757-764.
37. Cabral ALB, Teixeira LR. *Vencendo a Asma: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Bevilacqua Editora; 1994.
38. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Facts about asthma. <http://www.nih.gov>. 1997.
39. Pedersen S. What are the goals of treating pediatric asthma. *Pediatr Pulmonol* 1997;.15 (Supl):22-25.

40. Miyazaki MCOS. Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos portadores de asma e suas mães [dissertação]. Campinas: PUCCAMP; 1993.
41. Miyazaki MCOS, Amaral VLAR, Risso K, Salomão Jr JB. Asma Pediátrica: Conhecimento, Discriminação de Sintomas e Expectativas de Mães. Anais do V Latini Dies e 3º Congresso Ibérico de Terapia Comportamental e Cognitiva; 1997; Cascais , Portugal.
42. Wallander JL, Thompson Jr, RJ. Psychosocial adjustment of children with chronic physical conditions. In: MC Roberts, editor. Handbook of Pediatric Psychology. 2^a ed. New York: Guilford; 1995. p.124-141.
43. Markson S, Fiese BH. Family rituals as a protective factor for children with asthma. Journal of Pediatric Psychology 2000; 25(7):471-479.
44. Lavigne JV, Faier-Routman J. Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analytical review. Journal of Pediatric Psychology 1992; 17(2):133-157.
45. Miller BD & Wood BI. Childhood asthma in interaction with family, school and peer systems. A developmental model for primary care. Journal of Asthma 1991;28:405-414.
46. Miyazaki MCOS, Amaral VLAR, Salomão Jr JB. Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais. In: Kerbauy RR, editora. Comportamento e Saúde. Explorando alternativas. São Paulo: ARBytes; 1999. p.99-118.

47. Miyazaki MCOS, Salomão Jr JB, Risso KR. Asma en la infancia. In: Caballo VE, Simón MA, editores. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, vol. 2. Madrid: Pirámide; no prelo.
48. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH et al. Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res* 1996; 5: 35-46.
49. Osman L, Silverman M. Measuring quality of life for young children with asthma and their families. *Eur Respir J* 21 Supl 35s-41s.
50. Tinkelman DG, Naspitz CK. *Childhood Asthma: Pathophysiology and Treatment*. 2ª ed. New York: Dekker; 1992.
51. Wasilewski Y, Clark NM, Evans D, Levinson MJ, Levin B, Mellins RB. Factors associated with emergency department visits by children with asthma: implications for health education. *Am J Public Health* 1996; 86: 1410-1415.
52. Halfon N, Newacheck PW. Childhood asthma and poverty: Differential impacts and utilization of health services. *Pediatrics* 1993; 91: 56-61.
53. Weiss KB, Wagener DK. Changing patterns of asthma mortality: Identifying target populations at risk. *Journal of the American Medical Association* 1990; 264:1638-1687.
54. Mascia A, Frank S, Berkman A, Stern L, Lamp L, Davies M, et al. Mortality versus improvement in severe chronic asthma: physiologic factors. *Annals of Allergy* 1989; 62: 311-317.
55. Bosley CM, Corden ZM, Cochrane GM. Psychosocial factors and asthma. *Respiratory Medicine* 1996; 90: 453-457.

56. Cochrane GM. Compliance and outcomes in patients with asthma. *Drugs* 1996; 52 Suppl 6:12-19.
57. LaGrecca AM. Social consequences of pediatric conditions. Fertile areas for future investigation and intervention ? *Journal of Pediatric Psychology* 1990; 15:285-307.
58. LaGrecca AM, Siegel LJ, Wallander JL, Walker CE, editores. *Stress and coping in child health*. New York: Guilford; 1992.
59. Spiegel D. Healing words. Emotional expression and disease outcome. *JAMA* 1999; 281:1328-1329.
60. Sandberg S, Paton JY, Ahola S, McCann DC, McGuinness D, Hillary CR, Oja H. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet* 2000; 356 (9234): 982-987.
61. Walsh M, Wenger R. Sources of stress in children with asthma. *J Sch Health* 1992; 62(10): 459-463.
62. Garralda ME, Palanca MI. Psychiatric adjustment in children with chronic physical illness. *British Journal of Hospital Medicine* 1994; 52(5):230-234.
63. Sarafino EP, Paterson ME, Murphy EL. Age and the impact of triggers in childhood asthma. *J Asthma* 1998; 35(2):213-217.
64. Rietveld S, Prins PJM. The relationship between negative emotions and acute subjective and objective symptoms of childhood asthma. *Psychological Medicine* 1998; 28:407-415.

65. Miller BD, Strunk RC. Circunstances surrounding the deaths of children due to asthma: a case control study. *American Journal of Diseases of Children* 1989; 143: 1294-1299.
66. Strunk RC, Mrazek DA. Deaths from asthma in childhood: can they be predicted? *NER Allergy Proc* 1986; 7:454-461.
67. Martin AJ, Campbell DA, Gluyas PA, Coates JR, Ruffin RE, Roder DM, et al. Characteristics of near-fatal asthma in childhood. *Pediatr Pulmonol* 1995; 20(1):1-8.
68. Dumas JE, Serketich WJ. Maternal depressive symptomatology anc child maladjustment: A comparison of three process models. *Behav Therapy* 1994; 25: 161-181.
69. Goodman SH, Adamson LB, Ritini J, Cole S. Mothers´ expressed attitudes: Association with maternal depression and children´s self-esteem and psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1265-1274.
70. Fox CR, Gelfand MD. Maternal depressed mood and stress as related to vigilance, self-efficacy, and mother-child interactions. *Early Dev Parenting* 1994; 3:82.1-82.11.
71. Klinert MD. Psychosocial influences on asthma among inner-city children. *Pediatric Pulmonology* 1997; 24:234-236.
72. Oyola JFL, Picabia AB. Relaciones entre ansiedad y depresión en niños enfermos crónicos y sus progenitores. *Psiquis* 1997; 18(4):154-163.

73. Weil CM, Wade SI, Bauman LJ, Lynn H, Mitchell H, Lavigne J. The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics* 1999; 104 (6): 1274-1280.
74. Hamlet KW, Pellegrini DS, Katz KS. Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology* 1992; 17: 33-47.
75. Kinsman RA, Dahlem NW, Spector S, Staudenmayer, H. Observations on subjective symptomatology, coping behaviour, and medical decisions in asthma. *Psychosom Med* 1977; 39: 102-119
76. National Institutes of Health and National Heart, Lung, and Blood Institute. Practical guide for the diagnosis and management of asthma. NIH publication 1997; n° 97-4053.
77. Gavin LA, Wamboldt MZ, Sorokin N, Levy SY, Wamboldt FS. Treatment Alliance and Its Association with Family Functioning, Adherence, and Medical Outcome in Adolescents with Severe Chronic Asthma. *Journal of Pediatric Psychology* 1999; 24 (4): 355-365.
78. Greene JW, Walker LS. Psychosomatic problems and stress in adolescence. *Adolescent Medicine* 1997; 44: 1557-1572.
79. Castelanos D, Hunter T. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Southern Medical Journal* 1999; 92 (10):945-955.
80. Nelms BC. Emotional behavior in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1989; 17: 657-688.

81. Wasilewski Y, Clark NM, Evans D, Levison MJ, Levin B, Mellins RB. Factors associated with emergency department visits by children with asthma: implications for health education. *Am J Public Health* 1996; 86(10):1410-1415.
82. Nouwen A., Freeston MH, Labbé, R, Boulet, LP. Psychological factors associated with emergency room visits among asthmatic patients. *Behav Modif* 1999; 23(2):217-233.
83. Spahn JD, Leung DY, Szeffler SJ. New insights into the pathogenesis and management of steroid-resistant asthma. *J Asthma* 1997; 34(3):177-194.
84. Wjst M, Roell G, Dold S, Wulff A, Reitmer P, Frotzsch C et al. Psychosocial characteristics of asthma. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(4):461-466.
85. Holzheimer L, Mohay H. Educating young children about asthma: comparing the effectiveness of a developmentally appropriate asthma education video tape and picture book. *Child: Care, Health and Development Journal* 1998; 24(1): 85-99.
86. Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleou M. Influence of asthma education on asthma severity and quality of environmental control. *Can Respir J* 2000; 7(5): 395-400.
87. Halterman JS, Aligne AC, Auinger P, McBride JT, Szilagyi PG. Inadequate therapy for asthma among children in the United States. *Pediatrics* 2000; 105:272-276.
88. Abdo JO. Tensão familiar e asma, essa desconhecida. *Pediatria Moderna* 1998; 34:177-185.
89. Byrne D.W. *Publishing your medical research paper*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.

90. Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
91. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista APB-APAL* 1995; 17:55-66.
92. Mrazek DA, Schuman WB, Klinnert M. Early asthma onset: risk of emotional and behavioral difficulties. *J Child Psychol. Psychiat* 1998; 39:247-254.
93. Vila G, Nollet-Clemençon C, Vera M, Robert JJ, Blic J, Jouvent R, McMouren-Simeoni MC, Scheinmann P. Prevalence of DSM-IV disorders in children and adolescents with asthma versus diabetes. *Can J Psychiatry* 1999; 44:562-569.
94. Falcone EMO. A evolução das habilidades sociais e o comportamento empático. In: Silvares EFM. (org) *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. V.I. Campinas: Papyrus, 2000.
95. Michelson L, Sugai DP, Wood RP, Kazdin AE. *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martinez Roca, 1987.

8 Anexos

8.1

8.2

8.3 Anexo III

ANEXO III

Lista de Verificação Comportamental para Crianças. Relatório - Pais ou Responsável

Nome da Criança: _____ Idade da Criança: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo da Criança: Masculino Feminino

Raça: _____ Ano de Escolaridade: _____

Tipo de Trabalho dos Pais: *(especifique, por favor - por exemplo mecânico de automóveis, professora do ensino secundário, doméstica, operário, torneiro, empregada de sapataria, sargento do exército)*

Tipo de Trabalho :

Do Pai: _____ Da Mãe: _____

Relatório Preenchido por:

Pai Mãe Outro - nome e relação com a criança.

Por favor responda este formulário de acordo com o modo como você vê o comportamento da criança, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão.

I – Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a). Por ex: natação, futebol, andar de bicicleta, etc.	Em comparação com outras crianças da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?
<input type="checkbox"/> nenhum	não sei que a média	não sei que a média
	menos que a média	pior que a média
	médio	médio
	mais que a média	melhor que a média
A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

II – Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho(a). Por ex: selos, bonecas, livros piano, etc.	Em comparação com outras crianças da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?
<input type="checkbox"/> nenhum	não sei que a média	não sei que a média
	pior que a média	pior que a média
	médio	médio
	melhor que a média	melhor que a média
A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>						
B	<input type="checkbox"/>						
C	<input type="checkbox"/>						

III - Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipes ou grupos a que seu filho pertença

<input type="checkbox"/> nenhum	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau é ativo em cada um?			
	não sei	menos ativo	médio	mais ativo
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV – Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho. Por ex: lavar louça, tomar conta de criança, fazer a cama, etc..(inclui trabalhos pagos ou não)

nenhum	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem?			
	não sei	abaixo média	médio	acima média
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V- 1) O seu filho tem aproximadamente quantos amigos íntimos? (não inclua irmãos).

nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2) O seu filho tem atividades com amigos fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (não inclua irmãos).

menos de 1 1 ou 2 3 ou mais

VI – Em comparação com outras crianças da sua idade, até que ponto:	Pior	Próximo da média	Melhor
a) consegue relacionar-se adequadamente com seus irmãos?			
b) consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças?			
c) consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?			
d) consegue divertir-se e trabalhar por si próprio?			

não tem irmãos

VII - 1) Para crianças com 6 ou mais anos de idade - desempenho em disciplinas escolares (se a criança não vai à escola, indique as razões):

Matérias	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da Média
a) português				
b) línguas				
c) matemática				
d) história				
e) geografia				
f) ciências				
g)				
h)				
i)				

Obs: não inclua disciplinas de formação específica, como Por exemplo: relações públicas; eletromecânica, etc..

2) O seu filho frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

não sim - que tipo?

3) O seu filho repetiu algum ano?

não sim - qual e por que?

4) O seu filho teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

não sim - descreva-o, por favor

Quando começaram esses problemas?

Os problemas mencionados já acabaram? não sim - quando?

5) O seu filho tem alguma doença, deficiência física ou mental?

não sim - descreva-a, por favor.

6) Qual é sua maior preocupação em relação ao seu filho?

7) Por favor descreva os aspectos mais positivos do seu filho:

Nas páginas seguintes apresenta-se uma lista de afirmações que descrevem crianças. Para cada afirmação que descreva o seu filho AGORA OU NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, por favor trace um círculo à volta do 2 se afirmação é **muito verdadeira ou freqüentemente verdadeira** acerca dele/a. Trace um círculo em volta do 1 se a afirmação é **algumas vezes verdadeira** acerca dele/a. Se a afirmação **não é verdadeira** acerca do seu filho, trace um círculo do 0. Por favor responda todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho.

0 = não é verdadeira 1= algumas vezes verdadeira 2= muito verdadeira ou freqüentemente verdadeira

0	1	2	1 - Comporta-se de maneira demasiado infantil para a sua idade.
0	1	2	2 - Tem alergias (descreva-as)
0	1	2	3 - Discute muito
0	1	2	4 - Tem asma
0	1	2	5 - Comporta-se como se fosse do sexo oposto.
0	1	2	6 - Faz as necessidades fora de casa
0	1	2	7 - É vaidoso
0	1	2	8 - Tem dificuldade em concentrar-se, não consegue estar atento/a muito tempo.
0	1	2	9 - Não consegue tirar certas idéias da cabeça: obsessões (<i>descreva-as</i>)

0	1	2	10 - Tem dificuldade em estar sentado/a quieto/a, irrequieto/a ou hiperativo/a.
0	1	2	11 - Agarra-se aos adultos ou é excessivamente dependente.
0	1	2	12 - Queixa-se de estar muito sozinho/a.
0	1	2	13 - Fica confuso/a ou parece ficar sem saber onde está.
0	1	2	14 - Chora muito
0	1	2	15 - É com cruel com os animais
0	1	2	16 - Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros.
0	1	2	17 - Sonha acordado/a ou perde-se nos seus próprios pensamentos.
0	1	2	18 - Magoa-se deliberadamente ou tenta suicidar-se.
0	1	2	19 - Exige muita atenção
0	1	2	20 - Destrói suas próprias coisas
0	1	2	21 - Destrói coisas que pertencem a outras pessoas.
0	1	2	22 - É desobediente em casa
0	1	2	23 - É desobediente na escola
0	1	2	24 - Não come bem
0	1	2	25 - Não se dá bem com as outras crianças
0	1	2	26 - Não parece sentir-se culpado/a depois de se comportar mal
0	1	2	27 - Fica ciumento/a com facilidade
0	1	2	28 - Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (<i>descreva-as</i>)
0	1	2	29 - Tem medo de determinados animais, situações ou lugares sem incluir a escola
0	1	2	30 - Tem medo de ir à escola
0	1	2	31 - Tem medo de pensar ou fazer coisas más.
0	1	2	32 - Acha que deve ser perfeito/a
0	1	2	33 - Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele/a
0	1	2	34 - Sente que os outros procuram apanhá-lo/a em falta.
0	1	2	35 - Sente-se inferior ou desprezível.
0	1	2	36 - Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37 - Mete-se em muitas brigas
0	1	2	38 - É freqüentemente ridicularizado/a
0	1	2	39 - Anda com outros /as que se metem em confusões
0	1	2	40 - Ouve sons ou vozes que não estão presentes (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	41 - É impulsivo/a age sem pensar
0	1	2	42 - Gosta de estar sozinho/a
0	1	2	43 - Mentalmente ou frequenta jogos de azar
0	1	2	44 - Rói as unhas
0	1	2	45 - É nervoso/a, muito excitado/a ou tenso/a
0	1	2	46 - Tem movimentos nervosos/tiques (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	47 - Tem pesadelos
0	1	2	48 - As outras crianças não gostam dele
0	1	2	49 - Tem prisão de ventre
0	1	2	50 - É demasiado medroso/a ou ansioso/a
0	1	2	51 - Sente tonturas
0	1	2	52 - Sente-se demasiado culpado/a
0	1	2	53 - Come demais

0	1	2	54 - Cansa-se demasiado
0	1	2	55 - Tem peso excessivo
0	1	2	56 - Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0	1	2	a) sofrimentos ou dores
0	1	2	b) dores de cabeça
0	1	2	c) náuseas, sente-se enjoado/a
0	1	2	d) problemas com os olhos (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	e) borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f) dores de estômago ou câibras
0	1	2	g) vômitos
0	1	2	h) outros (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	57 - Ataca fisicamente outras pessoas
0	1	2	58 - Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	59 - Brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	60 - Brinca demasiado com seus órgãos sexuais
0	1	2	61 - Os seus trabalhos escolares são fracos
0	1	2	62 - É desastrado/a ou tem falta de coordenação
0	1	2	63 - Prefere estar com crianças mais velhas
0	1	2	64 - Prefere estar com crianças mais novas
0	1	2	65 - Recusa-se a falar
0	1	2	66 - Repete várias vezes as mesmas ações; compulsões (<i>descreva-as</i>).
0	1	2	67 - Já tem fugido de casa
0	1	2	68 - Grita muito
0	1	2	69 - É reservado/a e guarda as coisas para si mesmo/a
0	1	2	70 - Vê coisas que não estão presentes (<i>descreva-as</i>)
0	1	2	71 - Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado/a
0	1	2	72 - Provoca incêndios
0	1	2	73 - Tem problemas sexuais (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	74 - Exibe-se ou faz palhaçadas
0	1	2	75 - É tímido/a acanhado/a
0	1	2	76 - Dorme menos do que a maioria das crianças
0	1	2	77 - Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante à noite
0	1	2	78 - Faz porcarias ou brinca com as fezes
0	1	2	79 - Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (<i>descreva-os</i>):
0	1	2	80 - Fica de olhar fixo
0	1	2	81 - Rouba coisas em casa
0	1	2	82 - Rouba coisas fora de casa
0	1	2	83 - Acumula coisas de que não precisa (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	84 - Tem comportamentos estranhos (<i>descreva-os</i>)
0	1	2	85 - Tem idéias estranhas (<i>descreva-as</i>):
0	1	2	86 - É teimoso/a, mal humorado/a ou irritável
0	1	2	87 - Tem mudanças súbitas de humor ou de sentimentos
0	1	2	88 - Se aborrece com facilidade
0	1	2	89 - É desconfiado/a

0	1	2	90 - Pragueja ou tem uma linguagem obscena
0	1	2	91 - Fala em matar-se
0	1	2	92 - Fala ou caminha quando está dormindo (descreva)
0	1	2	93 - Fala demasiado
0	1	2	94 - É muito arrelizador/a
0	1	2	95 - Tem crises de fúria/temperamento exaltado
0	1	2	96 - Pensa demais em sexo
0	1	2	97 - Ameaça as pessoas
0	1	2	98 - Chupa o dedo
0	1	2	99 - Preocupa-se excessivamente com a limpeza ou a elegância
0	1	2	100 - Tem problemas para dormir (descreva-os)
0	1	2	101 - Anda na vagabundagem ou tem ausências inexplicadas
0	1	2	102 - É pouco ativo/a, move-se com lentidão, tem falta de energia
0	1	2	103 - Anda infeliz, triste ou deprimido/a
0	1	2	104 - Fala invulgarmente alto
0	1	2	105 - Usa álcool ou drogas (<i>descreva</i>).
0	1	2	106 - Comete atos de vandalismo
0	1	2	107 - Urina-se durante o dia
0	1	2	108 - Urina-se na cama
0	1	2	109 - Anda sempre a lamuriar-se
0	1	2	110 - Desejava ser do sexo oposto
0	1	2	111 - É introvertido/a, não cria relações afetivas com os outros
0	1	2	112 - Atormenta ou causa incômodos freqüentes aos outros
0	1	2	113 - Por favor enuncie quaisquer problemas do seu filho que não tenham sido mencionados na listagem acima:

8.4 Termo de consentimento

ANEXO IV

FAMERP – FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS)

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. NOME DO PACIENTE:.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE N.º:.....SEXO:.....
DATA NASCIMENTO:...../...../.....
ENDEREÇO:.....N.º.....APTO:.....
BAIRRO:.....CIDADE:.....CEP:.....
TELEFONE: DDD (.....).....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROJETO:QUALIDADE DE VIDA E HABILIDADE PSICOSOCIAL EM CRIANÇAS PORTADORAS DE ASMA
2. PESQUISADOR: JOÃO BATISTA SALOMÃO JUNIOR

INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL:29 500

CARGO/FUNÇÃO: Professor Assistente do Departamento de Pediatria INSTITUIÇÃO:FAMERP e Cirurgia Pediátrica Responsável pelo Serviço de Pneumologia Infantil.

ENDEREÇO: Avenida Faria Lima n.5416 BAIRRO:São Manoel

CEP 15 090 – 000 FONE: (017) 227 2755 r = 362 FAX:(017) 227 27 55 r = 510

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: SEM RISCO RISCO MÍNIMO...(X).....
RISCO MÉDIO..... RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

EXPLIQUE:

O risco previsto para a pesquisa é o de mobilizar sentimentos que causem desconforto às mães e/ou pais (ou responsável) entrevistada(o)s e à criança de acordo com o envolvimento da mesma na ocasião da pesquisa. . A avaliação da possibilidade e da gravidade deste risco será monitorada pela participação da Psicóloga Supervisora das entrevistadoras , que orientará o encaminhamento para a psicóloga da Equipe Multidisciplinar que atende no Ambulatório de Pneumologia Infantil da Pediatria do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto .

4. APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA PELA COMISSÃO DE ÉTICA PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA EM/...../.....1999.....

Parecer (protocolo n.o)

5. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

III – EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE

“ Olá , meu nome é *. Nós estamos fazendo uma pesquisa para aprender sobre como vivem as crianças com asma . Vocês foram escolhidos para participar do estudo pois o seu (a) filho(a) vem sendo atendido em nosso serviço por ter ASMA . Estaremos estudando a qualidade de vida e as habilidades sociais das crianças que vivem com essa doença. Quero lhe dar certeza que todas as suas respostas serão mantidas sob sigilo . Você tem o direito de parar a entrevista a qualquer momento ou não responder as perguntas que não desejar . Para nós , não há respostas certas ou erradas .Algumas podem ser difíceis e pessoais , mas poderá ser também uma oportunidade para você falar sobre como foi a qualidade de vida do seu filho no período que vem sendo atendido por ter asma e em função dessa doença como estão as suas habilidades sociais .

Você tem alguma pergunta?

A entrevista dura aproximadamente * minutos para ser completada.

Você concorda em ser entrevistada?”

() NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA. AGRADECIMENTO PELA ATENÇÃO E FIM.

() SIM CONCORDA EM SER ENTREVISTADA.

Para ser completado pelo entrevistador:

Eu certifico que li e expliquei o consentimento informado para a entrevistada.

assinatura do entrevistador

- * entrevistadoras que participarão da pesquisa (são estagiárias em Iniciação Científica da Psicologia e da Medicina)e que foram treinadas para esta finalidade.
- ** duração deverá variar de 60 minutos aproximadamente.

1-JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA (EXPLICAR)

Este estudo justifica-se à partir da observação dos profissionais que atuam no Serviço de Pneumologia Infantil da Pediatria do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de que as inúmeras intercorrências clínicas e terapêuticas na vida das crianças que vivem com uma doença crônica como a asma poderão influenciar a qualidade de vida dessas crianças , bem como a sua interação na sociedade expressa por meio de suas habilidades sociais. A doença crônica pode ser um fator de impacto negativo sobre o processo de desenvolvimento da criança e de suas relações .

Este estudo tem por objetivo geral:

Estudar a qualidade de vida e as habilidades sociais das crianças vivendo com uma doença crônica.

Este estudo tem por objetivos específicos:

1-Conhecer a relação entre as intercorrências clínicas da criança vivendo com asma e a sua qualidade de vida .

2-Conhecer a relação entre as intercorrências clínicas da criança vivendo com asma e as suas habilidades sociais.

3-Conhecer a relação entre o uso rotineiro de suporte terapêutico da criança vivendo com asma e a sua qualidade de vida.

4-Conhecer a relação entre o uso rotineiro de suporte terapêutico da criança vivendo com asma e as suas habilidades sociais.

2-MÉTODO EMPREGADO PARA COLHEITA DE MATERIAL BIOLÓGICO (SANGUE, BIÓPSIA , MEDULA ÓSSEA ,ETC : NÃO SE APLICA.

3-DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS (EXPLICAR)

Com o propósito, descrito acima, serão feitas entrevistas com mães , e/ou pais (ou responsáveis) por crianças de 7 a 14 anos vivendo com asma e atendidas no serviço de Pneumologia Infantil da Pediatria do Hospital de Base . As informações colhidas por meio de questionário serão referentes a características gerais da criança (como idade , naturalidade , local de moradia , aspectos relacionados à doença e ao suporte terapêutico, aspectos relacionados ao seu desenvolvimento, etc.) e características que demonstrem sua qualidade de vida e suas habilidades sociais.Com essas informações procuraremos identificar se existem características que possam estar associadas a dificuldades no seu desenvolvimento , que tipos de dificuldades são essas , e como poderiam ser evitadas ou diminuídas e relacioná-las com a qualidade de vida da criança e de seus relacionamentos mediante suas habilidades sociais.

As informações colhidas nas entrevistas serão totalmente sigilosas , sendo o acesso aos dados de identificação dos participantes restrito aos responsáveis pela pesquisa . Pode haver o desconforto psíquico ou emocional ao falar de situações que mobilizem sentimentos desagradáveis e algumas vezes ainda não verbalizados , e às vezes até então não identificado para os responsáveis pela criança . Será dado aos participantes voluntários total liberdade para não responder qualquer pergunta por qualquer razão , e sempre lhe será facultado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento , sem qualquer tipo de prejuízo ou retaliação por parte dos pesquisadores e do serviço no qual foram abordados.

O estudo será a partir de informações colhidas mediante a aplicação dos questionários por pesquisadores treinados para esta finalidade. Considerando que a caracterização da qualidade de vida prejudicada e a falta de habilidades sociais poderá mobilizar sentimentos que causem desconforto aos entrevistados a avaliação da possibilidade e da gravidade deste risco será monitorada pela participação da PSICÓLOGA da Equipe Multidisciplinar que presta atendimento no Ambulatório de Pneumologia Infantil da Pediatria do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

4.MÉTODOS ALTERNATIVOS EXISTENTES: não se aplica.

5. BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS (EXPLICAR)

Além do avanço científico com a caracterização da qualidade de vida e as habilidades sociais em crianças vivendo com uma doença crônica como a asma , ele deverá reverter em benefício dos sujeitos estudados , promovendo e/ou garantindo seus direitos fundamentais à vida e ao desenvolvimento pleno e saudável.

6. CONSENTIMENTO AO PESQUISADOR PARA UTILIZAR OS RESULTADOS ADVINDO DA PESQUISA PARA DIVULGAÇÃO EM REUNIÕES DE CARÁTER CIENTÍFICO E PUBLICAÇÕES EM MEIOS ESPECIALIZADOS.

(x) SIM

() NÃO

EXPLIQUE:

Um dos objetivos da pesquisa é que com a finalização deste estudo além do avanço científico com a caracterização da qualidade de vida e das habilidades sociais de crianças vivendo com uma doença crônica como a asma , ela deverá reverter em benefício dos sujeitos estudados ,promovendo e/ou garantindo seus direitos fundamentais à vida e ao desenvolvimento pleno e saudável, através de:

- sensibilização da comunidade científica , dos profissionais de saúde e do gerenciamento (federal, estadual e municipal) para o Programa de Saúde da Criança que priorizam ações de atenção ao atendimento de criança com Doenças Respiratórias Crônicas nos diversos serviços de saúde (universitários , públicos, conveniados , contratados , privados e outros) .
- redação da dissertação de Mestrado com divulgação na comunidade científica.

7. COMPROMISSO DE PROPORCIONAR INFORMAÇÃO ATUALIZADA OBTIDA DURANTE O ESTUDO, AINDA QUE ESTA POSSA AFETAR O CONSENTIMENTO DO INDIVÍDUO EM CONTINUAR PARTICIPANDO DA PESQUISA.

(X) SIM

() NÃO

EXPLIQUE:A pesquisa será desenvolvida envolvendo as crianças e familiares de pacientes com uma doença crônica que é a asma. Qualquer intercorrência observada na aplicação da pesquisa será informada aos demais participantes da pesquisa.

8. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:não se aplica.

9. GARANTIA DE RECEBER ESCLARECIMENTOS ÀS DÚVIDAS, DURANTE O DECORRER DA PESQUISA, ACERCA DA METODOLOGIA, RISCOS, BENEFÍCIOS, OU OUTROS ASSUNTOS RELACIONADOS COM A PESQUISA COM DR.JOÃO BATISTA SALOMÃO JUNIOR OU COM A PSICÓLOGA PROF.DRA MARIA CRISTINA MYAZAKI NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA NO SETOR DE PNEUMOLOGIA INFANTI NO PERÍODO DA MANHÃ .

10. ESCLARECIMENTO SOBRE A LIBERDADE DE RETIRAR SEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO E DEIXAR DE PARTICIPAR DA PESQUISA.

11. COMPROMISSO DE SIGILO QUE ASSEGURE A PRIVACIDADE DO INDÍVIDUO.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO:

DECLARO QUE, APÓS TER SIDO CONVENIENTEMENTE ESCLARECIDO PELO PESQUISADOR, CONFORME REGISTRO NOS ÍTENS 1 A 11, DO INCISO III, CONSINTO EM PARTICIPAR NA AMOSTRAGEM DO PROJETO DE PESQUISA EM QUESTÃO, POR LIVRE VONTADE SEM TEM SIDO SUBMETIDO A QUALQUER TIPO DE PRESSÃO.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, DE DE 1999 .

Assinatura da paciente

Assinatura do pesquisador
(Carimbo ou nome legível)

Testemunha

NOTA: ESTE TERMO DEVERÁ SER ELABORADO EM DUAS VIAS, FICANDO UMA VIA EM PODER DA PACIENTE E OUTRA COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO.