



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

Vinculação e Asma

Catarina Isabel Mariano Leal

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Mestre Paula Cristina Correia

Covilhã, Junho de 2012

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Mestre Paula Cristina Correia, pelo apoio, orientação, bem como a compreensão, confiança, dedicação e o facto de ter partilhado comigo alguns dos seus conhecimentos que me foram tão úteis.

Agradeço à minha irmã, Dora Leal, toda a ajuda, dedicação, força e carinho que me deu que permitiram a realização desta tese, bem como o facto de ter estado ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Agradeço ao Doutor Miguel Freitas a ajuda prestada no tratamento estatístico dos dados.

Por fim, e não menos importante, agradeço a todas as crianças e familiares que responderam ao meu inquérito, pois sem eles este trabalho não teria sido possível.

Resumo

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas mais comuns na infância e tem apresentado um aumento da prevalência, sobretudo nas idades mais jovens. É caracterizada por uma reação de sensibilidade exagerada a determinadas substâncias apresentando uma etiologia multifatorial, predominantemente alérgica, mas podendo ser desencadeada por estímulos ambientais e emocionais.

Algumas correntes consideram a asma como uma doença psicossomática, podendo as suas manifestações ser compreendidas como dificuldades no processo de integração derivadas de falhas do cuidado ambiental.

Alguns estudos referem relação entre perturbações psicossomáticas e vinculação dando, assim, grande importância aos padrões de ligação afetiva que se estabelecem entre a mãe e a criança.

Objetivos: Este trabalho pretende avaliar os tipos de ligação afetiva de crianças asmáticas seguidas no Centro Hospitalar Hova da Beira e compará-los com os encontrados em crianças com outras doenças e em crianças saudáveis, de modo a verificar se existe relação entre determinados tipos de ligação afetiva e a asma. É, ainda, um objetivo secundário deste trabalho caracterizar a população asmática do ponto de vista familiar e social.

Material e métodos: Os dados foram recolhidos mediante a aplicação de questionários a 120 crianças: 40 crianças asmáticas, 40 crianças com outras patologias e 40 crianças saudáveis, de modo a caracterizar demograficamente os três grupos em estudo, bem como os tipos de ligação afetiva estabelecidos. Analisaram-se e compararam-se os dados relativos aos três grupos. As crianças asmáticas também responderam um questionário que permitiu caracterizar sucintamente a doença.

Resultados: Os resultados obtidos sugeriram haver predomínio de ligação materna do tipo constrangimento afetivo e controlo afetivo em crianças asmáticas, relativamente aos outros grupos em estudo. A parentalidade ótima foi mais evidente em crianças saudáveis. Analisando a superproteção materna, encontrou-se uma maior prevalência em crianças asmáticas quando comparada com crianças saudáveis ou crianças com outras patologias.

Obteve-se resultados sobreponíveis nos três grupos relativamente ao tipo de ligação e superproteção paternas.

Conclusão: Este estudo mostra uma tendência para as crianças asmáticas apresentarem uma ligação materna do tipo constrangimento afetivo e controlo afetivo. Foi, ainda, possível

estabelecer a existência de relação entre ligação afetiva materna superprotetora e asma. Em conclusão, este estudo sugere a existência de uma associação entre vinculação e asma, mostrando a importância de avaliar a relação mãe-criança nesta população.

Palavras chave:

Asma, ligação afetiva, psicossomática, superproteção, vinculação.

Abstract

Introduction: Asthma is one of the most frequent chronic diseases in childhood. The prevalence of asthma has been increasing over the last years, particularly in young people. The etiology of the disease is multifactorial. Most cases are due to allergic factors but the disease can also be triggered by environmental or emotional factors.

Asthma is considered a psychosomatic illness. Its manifestations could result from difficulties in emotions understanding and symbolization.

Some studies report a relationship between attachment and psychosomatic disorders, highlighting the great importance of emotional connection between mother and child.

Objectives: The aim of this study is to assess the patterns of emotional attachment in asthmatic children of the *Centro Hospitalar Cova da Beira*, and to compare them with those found in healthy children and in children with other disorders, in order to determine if there is a relationship between certain affective connection types and asthma.

It is also a secondary purpose of this study to characterize the asthmatic population from a social and familiar perspective.

Methods: We collect data from 120 children questionnaires: 40 in asthmatic children, 40 in children with other diseases and 40 in healthy children. We analyzed and compared the three groups regarding to demographic data and patterns of emotional connection.

Results: Data suggests that there may be a predominance of affectionate constraint and affectionless control in asthmatic children in comparison to the other groups. The optimal parenting was more prevalent in healthy children. We also found a higher prevalence of maternal overprotection in asthmatic than in healthy children or children with other diseases. We found similar results in the three study groups regarding to the parental bonding pattern of the father and father overprotection.

Conclusion: This study suggests an association between attachment and asthma. There seems to be a trend for asthmatic children to show an affectionate constraint or an affectionless control attachment pattern. It was possible to conclude that there is a relationship between maternal overprotection and asthma emphasizing the importance of evaluating the mother-child relationship in this population.

Keywords

Asthma, bonding, psychosomatic, overprotection, attachment.

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	III
Palavras chave:.....	IV
Abstract.....	V
Keywords	VI
Lista de Figuras.....	IX
Lista de Tabelas.....	X
Lista de Acrónimos e Siglas	XI
1. Introdução.....	1
1.1. Asma	1
1.1.1. Conceito	1
1.1.2. Dados Epidemiológicos:	1
1.1.3. Etiologia Multifatorial:	1
1.2. Psicossomática	2
1.2.1. Conceito	2
1.2.2. Teoria sobre psicossomática	3
1.3. Vinculação	3
1.3.1. Conceito	3
1.3.2. Padrões de vinculação.....	3
1.3.3. Ligação afetiva	4
1.3.4. Importância da vinculação.....	5
2. Contribuição Pessoal	6
2.1. Metodologia.....	6
2.1.1. Tipo de Estudo	6
2.1.2. Amostra do estudo	6
2.1.3. Método de recolha de dados	6
2.1.4. Variáveis em estudo	6
2.1.5. Objetivos.....	7
2.1.6. Tratamento estatístico de dados	7

2.2. Resultados	7
2.2.1. Análise descritiva.....	7
2.2.2. Inferência de dados	13
3. Discussão	16
4. Conclusão.....	20
4.1. Limitações	20
4.2. Propostas para o futuro	21
5. Bibliografia.....	22
Anexos I.....	25
Anexos II	29

Lista de Figuras

Figura 1: Gráfico de barras ilustrativo da distribuição de frequências da variável gênero, segundo o grupo em estudo	8
Figura 2 Diagrama ilustrativo da distribuição de frequências da variável idade, medida em anos, nos três grupos de estudo.	8
Figura 3 Diagrama de barras referente à distribuição de frequências da variável número de irmãos, nos três grupos em estudo.	9
Figura 4- Diagrama de barras indicativo da frequência do lugar ocupado na fratria, irmão mais velho, irmão do meio e irmão mais novo, em cada um dos grupos.....	10
Figura 5 Gráfico circular indicativo da frequência com que surgem os diversos fatores desencadeantes de crises asmáticas.....	10
Figura 6 Diagrama de barras relativo à frequência de surgimento de patologias associadas à asma	11
Figura 7 Diagrama de barras ilustrando as frequências absolutas da variável número de familiares (pais, irmãos ou avós) com asma, nos três grupos em estudo.....	11
Figura 8 Diagramas circulares indicativos da frequência de cada tipo de adaptação ao infantário, nos três grupos em estudo.....	12
Figura 9 Diagrama de barras ilustrando a porcentagem de crianças que utilizou objeto transitivo, nos três grupos estudados.....	12
Figura 10 Distribuição de frequências da variável idade, por faixa etária, em que as crianças deixaram de ter objeto transitivo, em cada um dos três grupos.....	13

Lista de Tabelas

Tabela 1 Média e desvio padrão da variável idade, medida em anos, relativos aos grupos em estudo.....	9
Tabela 2 Testes de comparação entre proporções dos diferentes grupos em estudo, relativamente aos quatro tipos de ligação.	14
Tabela 3 Testes de comparação entre proporções dos diferentes grupos em estudo, relativamente à existência ou não de superproteção materna.	15

Lista de Acrónimos e Siglas

CHCB- Centro Hospitalar Cova da Beira

CID-10- Classificação Internacional de Doenças, décima edição

GINA- do inglês, Global Initiative for Asthma

ISAAC- do inglês, International Study of Asthma and Allergies in Childhood

1. Introdução

1.1. Asma

1.1.1. Conceito

A asma é uma doença inflamatória crónica caracterizada pelo estreitamento das vias aéreas inferiores devido a hiper-reatividade brônquica face a diversos estímulos. Este processo é reversível, espontaneamente ou com tratamento [1].

Na asma ocorre uma reação de hipersensibilidade do Tipo I, em que existe uma resposta excessiva a um antígeno aparentemente inofensivo, ultrapassando a reação normal de proteção do sistema imunitário [2].

As crises de asma, caracterizadas por dispneia, sibilos, pieira, tosse e sensação de aperto no peito, têm um carácter recorrente, com períodos de remissão e de exacerbação. Surgem predominantemente à noite e pela manhã, ao despertar [1,3].

1.1.2. Dados Epidemiológicos:

A asma é uma doença crónica frequente em todo o mundo, atingindo todos os grupos etários, sobretudo a infância e a adolescência [3].

Estima-se que atinja cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo [4]. Segundo o estudo ISAAC, que estudou a prevalência da asma infantil em 105 países, Portugal assume uma posição intermédia, com uma prevalência de 13% (6/7 anos) e 9% (13/14anos) [5]. Esta patologia tem revelado uma prevalência crescente, no entanto esta visão ainda se mantém um pouco controversa pois as razões ainda não são bem conhecidas [6-8]. Diversos estudos relatam que a incidência da asma é mais elevada na infância e que diminui na adolescência [9].

É mais frequente no género masculino do que no género feminino [3, 5, 6, 10]. Esta diferença de prevalência entre géneros torna-se menos significativa à medida que se aproxima da adolescência, revertendo a tendência na idade adulta [10].

1.1.3. Etiologia Multifatorial:

A asma é uma doença de etiologia multifatorial em que há interação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais [1]. Os fatores genéticos podem tornar a criança mais suscetível, no

entanto os fatores ambientais também parecem ter um papel importante uma vez que podem aumentar ou, até, desencadear hiper-reatividade brônquica [11].

Investigações mais recentes têm tentado demonstrar relação entre fatores emocionais e asma, considerando que emoções de *stress* e emoções negativas podem ativar o sistema imunitário e provocar uma ativação de marcadores inflamatórios plasmáticos, tal como ocorre em pacientes asmáticos [12]. Também se verificou relação entre sintomas de asma e áreas do sistema nervoso relacionadas com a emoção e a cognição [12].

Outros estudos revelam que as características psicossociais da criança, dos pais e da família, tais como perturbações afetivas, estilos parentais e depressão também podem influenciar o modo de apresentação da asma, aumentando o risco de desenvolver asma grave em crianças com predisposição genética [11].

1.2. Psicossomática

1.2.1. Conceito

As perturbações psicossomáticas correspondem a fenómenos que, apesar de terem expressão física, se inscrevem num ponto limítrofe entre os campos psíquico e somático sendo, portanto, pertencentes a uma área não totalmente coberta nem pela teoria médica nem pela teoria psicanalítica [13].

Enquanto o saber médico organiza a etiologia das doenças a partir do campo fisiológico, a psicanálise propõe entendê-la como fazendo parte da constituição subjetiva do paciente, sendo, assim, uma forma de expressão de algo do sujeito [13].

O pressuposto central da teoria psicossomática de orientação psicanalítica é que o corpo e a mente formam um todo inseparável e, deste modo, as representações psíquicas exercem um papel central no processo de somatização. Diversos estudos demonstraram que realmente todos os sistemas orgânicos podem ser influenciados por eventos emocionais, corroborando cientificamente a vinculação existente entre mente e corpo [14].

Algumas doenças autoimunes, alérgicas, infecciosas, neoplásicas, sistémicas ou, ainda, outras doenças caracterizadas por processos inflamatórios têm tido cada vez mais a sua gênese, manutenção ou evolução relacionadas com dificuldades afetivas [15].

1.2.2. Teoria sobre psicossomática

Winnicott considera que o desenvolvimento emocional do indivíduo assume um papel determinante nos problemas psicossomáticos, defendendo que estes estão relacionados com dificuldades no processo de integração e que derivam de falhas do cuidado ambiental. Para este autor, os sintomas podem ser interpretados como sendo reações a certos estados emocionais ou como “pedidos de ajuda” [15].

A visão psiquiátrica das doenças psicossomáticas é muito complexa mas, objetivamente, pensa-se que as manifestações psicossomáticas podem ser compreendidas como uma dificuldade de simbolização e verbalização dos sentimentos [15].

Dentro desta complexidade, encontra-se a participação da vinculação na génese das manifestações psicossomáticas [16].

1.3. Vinculação

1.3.1. Conceito

Nos anos 30, John Bowlby formulou a Teoria da Vinculação, baseada na necessidade da criança em estabelecer um vínculo precoce, inquebrável e seguro. Definiu como comportamentos de vinculação a tendência inata e primária que a criança manifesta através de comportamentos de procura de proximidade e conforto dirigidos ao seu cuidador [17].

Como um bebé não consegue sobreviver sozinho, a predisposição para estabelecer laços afetivos é uma característica adaptativa da espécie humana perante a necessidade de proteção e apoio [17].

Bowlby considera que a relação de vinculação permite que se estabeleça uma base segura, protegendo a criança de angústias e gerando tranquilidade, servindo assim, como porto para a exploração do ambiente [17].

Ainsworth considera que a criança tem uma base segura para poder explorar o ambiente com confiança e competência quando a figura de vinculação lhe transmite sensação de segurança ao estar disponível e acessível em caso de necessidade [18].

1.3.2. Padrões de vinculação

Ainsworth demonstrou que o tipo de vinculação observado nos bebés estava intimamente relacionado com as respostas das mães durante o primeiro ano de vida. De modo a avaliar o tipo de relação de vinculação estabelecido Ainsworth desenvolveu a “Situação Estranha”, que considera quatro tipos de padrões de vinculação: vinculação insegura-evitante (padrão A),

vinculação segura (padrão B), vinculação insegura-ambivalente (padrão C) e vinculação desorganizada (padrão D) [2].

No padrão inseguro-evitante predominam os comportamentos exploratórios em relação aos comportamentos de proximidade à figura materna. No padrão seguro, existe um equilíbrio entre os dois tipos de comportamentos. No padrão inseguro-ambivalente, há um predomínio de comportamentos de proximidade em detrimento de comportamentos exploratórios. O padrão desorganizado caracteriza-se por comportamentos contraditórios, movimentos e expressões incompletas ou indiretas, comportamentos estereotipados e movimentos assimétricos [2].

1.3.3. Ligação afetiva

Os estilos parentais podem ser estabelecidos com base no tipo de ligação afetiva existente entre os pais e a criança. Esta tem como base duas dimensões: proteção e carinho [19].

Relativamente à dimensão carinho, níveis elevados estão relacionados com afeto, empatia, calor emocional e proximidade estando, níveis baixos de carinho, relacionados com frieza emocional, indiferença e rejeição [19, 20].

Níveis elevados de proteção sugerem controlo parental, superproteção, excesso de obediência, intrusão, contacto excessivo, infantilização e um menor nível de autonomia. Níveis baixos de proteção estão associados a estimulação de independência e autonomia [19, 20].

Da junção destas duas dimensões surgem quatro tipos de ligação. O *constrangimento afetivo*, caracterizado por um nível elevado de proteção e de afeto, pode levar a um condicionamento do desenvolvimento de autonomia [20]. O *controlo afetivo*, caracterizado por baixo carinho e elevada proteção, reflete pais frios e negligentes relativamente ao carinho, ao mesmo tempo que são superprotetores, intrusivos e com padrões rígidos, dificultando assim o desenvolvimento de autonomia [20]. Na *parentalidade ótima*, caracterizada por elevado carinho e baixa proteção, os pais são percebidos como afetuosos e estimulam a independência e individualidade que são essenciais no estabelecimento de uma vinculação segura [20]. Na *parentalidade negligente*, caracterizada por baixo carinho e baixa proteção, o afeto e a proteção prestadas não são suficientes para conseguir o bom desenvolvimento psico-emocional da criança, havendo apenas a satisfação das necessidades básicas [20].

O constrangimento afetivo, o controlo afetivo e a parentalidade negligente estão frequentemente associados a psicopatologia, sendo esta relação mais evidente relativamente à parentalidade negligente [20].

1.3.4. Importância da vinculação

De acordo com a Teoria da vinculação, a relação entre a mãe e a criança, durante os primeiros tempos de vida, influencia o funcionamento ulterior intra e interpessoal do indivíduo, desde a infância até à idade adulta [16] .

Segundo Bowlby, se uma pessoa tem confiança na disponibilidade da figura de vinculação, será menos provável apresentar medo e ansiedade crónica [21]. Segundo Erick Erickson, a formação da confiança tem lugar na infância precoce e conduz a manutenção de expectativas ao longo da vida, influenciando também a idade adulta [22].

Estudos realizados em adultos evidenciam a existência de padrões particulares de vinculação em doentes psicossomáticos, em particular os padrões de vinculação “ansioso”, “preocupado” e “receoso” que, segundo os autores, se refletem numa constante procura de cuidados de saúde que é sobretudo significativa em períodos de vida indutores de *stress* [16].

2. Contribuição Pessoal

2.1. Metodologia

2.1.1. Tipo de Estudo

Este trabalho consistiu num estudo retrospectivo.

2.1.2. Amostra do estudo

A amostra deste estudo foi constituída por 120 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, seguidas em consultas de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

Formaram-se três grupos de 40 crianças: o grupo em estudo que era constituído por crianças com diagnóstico de asma, um grupo de controlo constituído por crianças saudáveis e um segundo grupo de controlo constituído por crianças com o diagnóstico de outras patologias que não asma.

A amostra utilizada consistiu numa amostra aleatória accidental, em que as crianças abordadas estavam entre as crianças que aguardavam consulta, tendo sido selecionadas com base na idade e por serem crianças que viviam com os pais.

2.1.3. Método de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através da aplicação, a todas as crianças selecionadas, de um questionário sucinto, que permitiu caracterizar a população do ponto de vista familiar e social, e da escala “Parental Bonding Instrument (PBI)”. As crianças asmáticas também foram questionadas sobre aspetos gerais da doença. Os respetivos questionários e escala encontram-se em anexo.

2.1.4. Variáveis em estudo

Todas as crianças foram questionadas sobre idade, género, ano de escolaridade, composição da família, acompanhante à consulta, idade e profissão dos pais, número e idade dos irmãos, frequência de infantário ou pré-escola e respetiva adaptação, uso e idade de abandono de objeto transitivo e existência de familiares diretos com asma.

As crianças asmáticas e seus acompanhantes também eram questionadas sobre características da doença: idade da primeira crise, fatores desencadeantes, agravantes ou fatores de alívio,

medicação, frequência de crises, número de idas ao Serviço de Urgência e internamentos devidos a exacerbação da doença.

2.1.5. Objetivos

1. Avaliar os tipos de ligação afetiva de crianças asmáticas, de crianças que frequentam a consulta de pediatria por outras doenças que não asma e de crianças saudáveis que frequentam a consulta de pediatria do CHCB.
2. Analisar e comparar os dados obtidos nos três grupos de modo a verificar se existe relação entre tipo de ligação afetiva e a asma.
3. Caracterizar demograficamente os três grupos em estudo.

2.1.6. Tratamento estatístico de dados

Os dados recolhidos foram inseridos na Folha de cálculo Excel 2007 da Microsoft Office® e posteriormente analisados.

Inicialmente fez-se a análise descritiva dos dados demográficos e caracterização da doença asmática.

De modo a avaliar a possível existência de relação entre tipo de ligação afetiva e asma, recorreu-se ao teste qui-quadrado, de modo a determinar se os resultados eram significativos. Seguidamente realizaram-se testes de comparações de proporções de modo a estabelecer qual a relação entre as variáveis em estudo e perceber a possibilidade de aceitar ou rejeitar as hipóteses em estudo:

H1: Existe relação entre o tipo de ligação afetiva e asma.

H2: Existe relação entre superproteção parental e asma.

2.2. Resultados

2.2.1. Análise descritiva

No período de 7 de Fevereiro a 23 de Março de 2012, procedeu-se à recolha dos dados, de acordo com a metodologia especificada no capítulo 2.1, tendo-se obtido a seguinte distribuição por género:

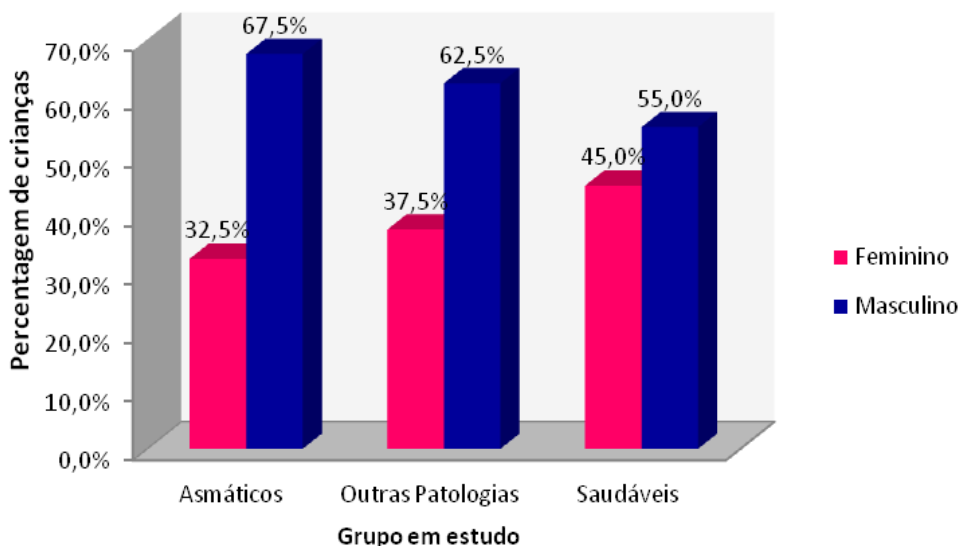


Figura 1: Gráfico de barras ilustrativo da distribuição de frequências da variável gênero, segundo o grupo em estudo

Verifica-se um predomínio de crianças do gênero masculino relativamente ao gênero feminino nos três grupos em estudo. Na amostra total, 61,7% das crianças são do gênero masculino e 38,3% do gênero feminino. A predominância masculina é mais evidente no grupo de asmáticos (67,5%), mas não estatisticamente significativa.

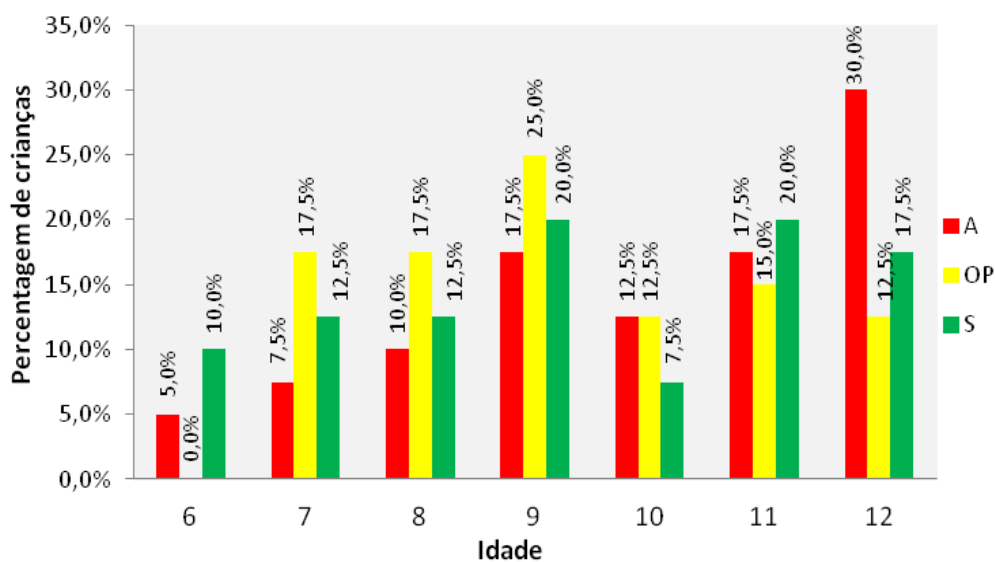


Figura 2 Diagrama ilustrativo da distribuição de frequências da variável idade, medida em anos, nos três grupos de estudo. A- crianças asmáticas, OP- crianças com outras patologias que não asma, S- crianças saudáveis.

Tabela 1 Média e desvio padrão da variável idade, medida em anos, relativos aos grupos em estudo.

	Asmáticos	Outras Patologias	Saudáveis	Amostra Global
Média	9,98	9,28	9,33	9,53
Desvio-Padrão	1,87	1,65	1,99	1,86

Como se pode constatar, a média de idades é superior na amostra asmática. Dentro do grupo de asmáticos, 60% têm idades entre 10 e 12 anos, o que acontece em apenas 40% dos inquiridos do grupo com outras patologias e em 45% dos inquiridos do grupo saudável.

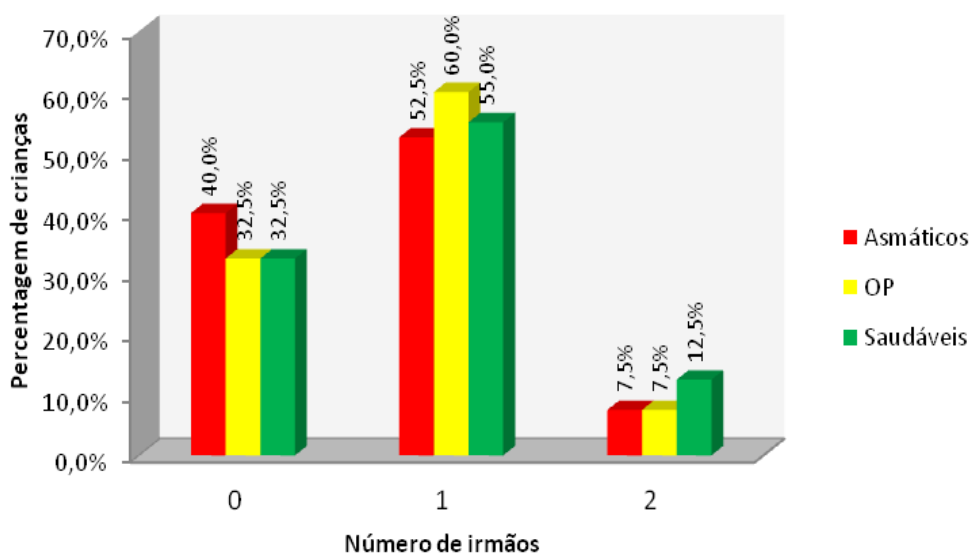


Figura 3 Diagrama de barras referente à distribuição de frequências da variável número de irmãos, nos três grupos em estudo. OP- Outras Patologias.

A figura 3 mostra que a maioria das crianças tem pelo menos um irmão, sendo mais evidente em crianças saudáveis ou portadoras de outras patologias (67,5%) comparativamente com as crianças asmáticas (60%).

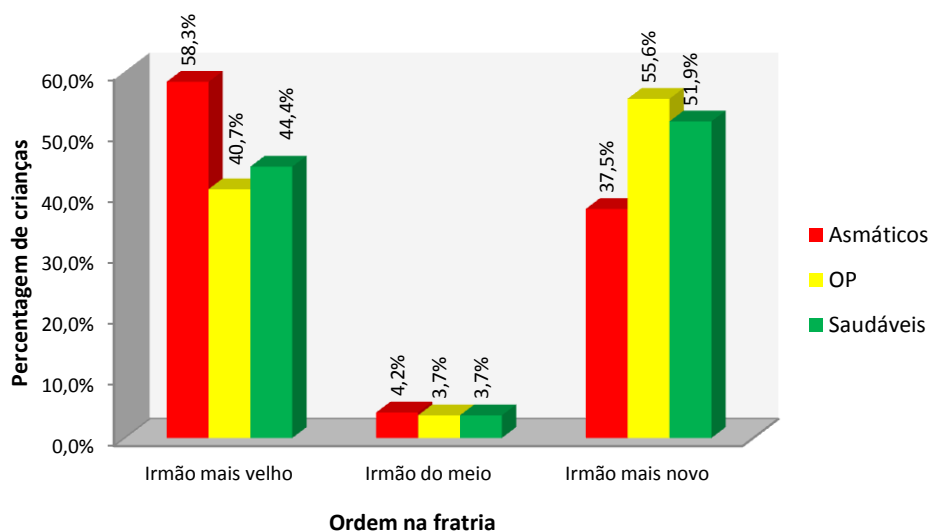


Figura 4- Diagrama de barras indicativo da frequência do lugar ocupado na fratria, irmão mais velho, irmão do meio e irmão mais novo, em cada um dos grupos.

Na figura 4, verifica-se que, entre as crianças que têm irmãos, no grupo de asmáticos há um maior número de crianças inquiridas que são o primogénito (58,3%), comparativamente com o grupo de crianças saudáveis (44,4%) e com o grupo de crianças com outras patologias (40,7%), onde há uma maior prevalência de crianças que são o último filho.

Fatores desencadeantes de crises asmáticas

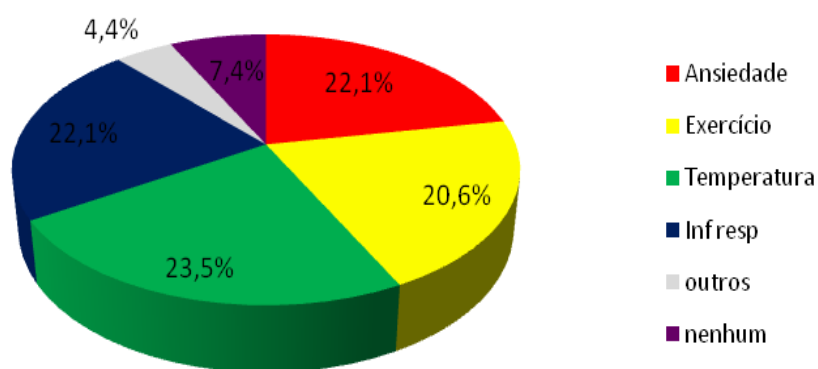


Figura 5 Gráfico circular indicativo da frequência com que surgem os diversos fatores desencadeantes de crises asmáticas. Inf resp - infecção respiratória

A figura 5 mostra que o principal fator desencadeante da crise asmática é a temperatura (23,5%), seguida de ansiedade (22,1%), infecções respiratórias (22,1%), e exercício físico (20,6%).

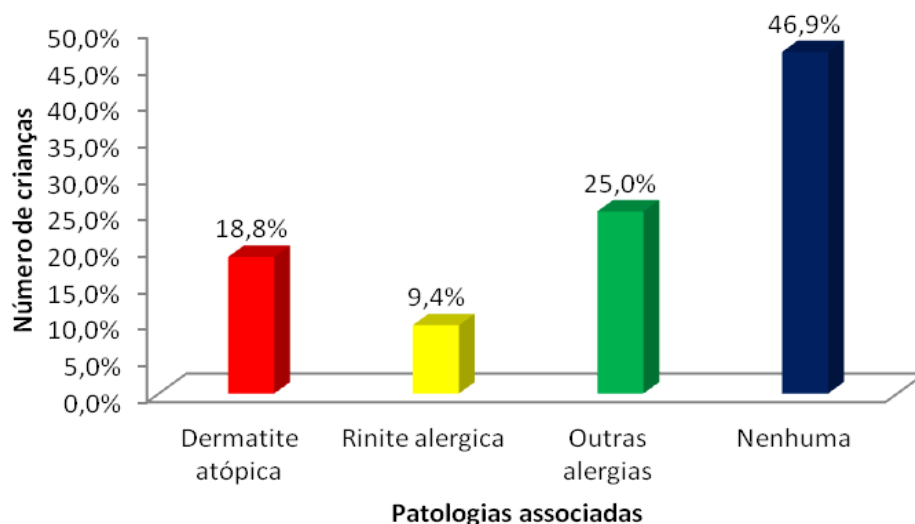


Figura 6 Diagrama de barras relativo à frequência de surgimento de patologias associadas à asma

Pode-se constatar que 46,9% das crianças não apresentam co morbidades. Entre as principais co morbidades estão outras alergias (25,0%), dermatite atópica (18,8%) e rinite alérgica (9,4%). Em 20% das crianças asmáticas havia uma ou mais destas patologias associadas.

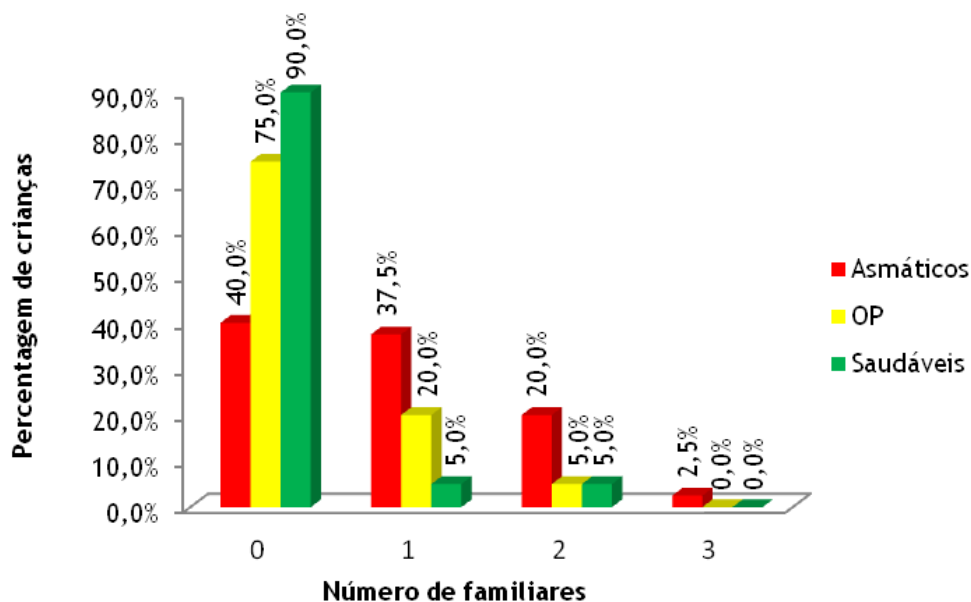


Figura 7 Diagrama de barras ilustrando as frequências absolutas da variável número de familiares (pais, irmãos ou avós) com asma, nos três grupos em estudo.

Pode-se verificar que a maioria das crianças saudáveis (90%) ou com outras patologias (75%) não apresenta familiares diretos com asma, o que contrasta com o grupo de crianças asmáticas, onde a maioria tem pelo menos um destes familiares com asma. No grupo de crianças asmáticas, 37% têm um familiar com asma, 20% têm dois e 2,5% têm três familiares com asma.

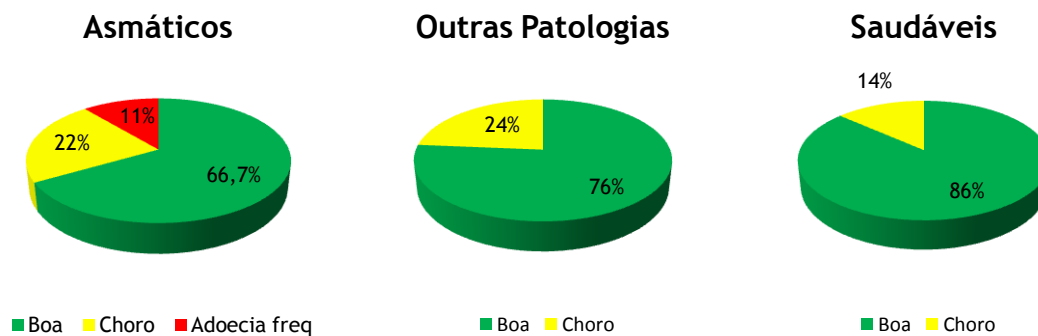


Figura 8 Diagramas circulares indicativos da frequência de cada tipo de adaptação ao infantário, nos três grupos em estudo. Freq - frequentemente.

Na figura 8 está representada a forma de adaptação das crianças ao infantário. Apesar da boa adaptação geral, esta foi melhor no grupo de saudáveis (86%), seguida do grupo de crianças com outras patologias (76%) e do grupo de crianças asmáticas (66,7%). Pode observar-se que, no grupo de crianças asmáticas, uma percentagem importante (11%) adoecia frequentemente.

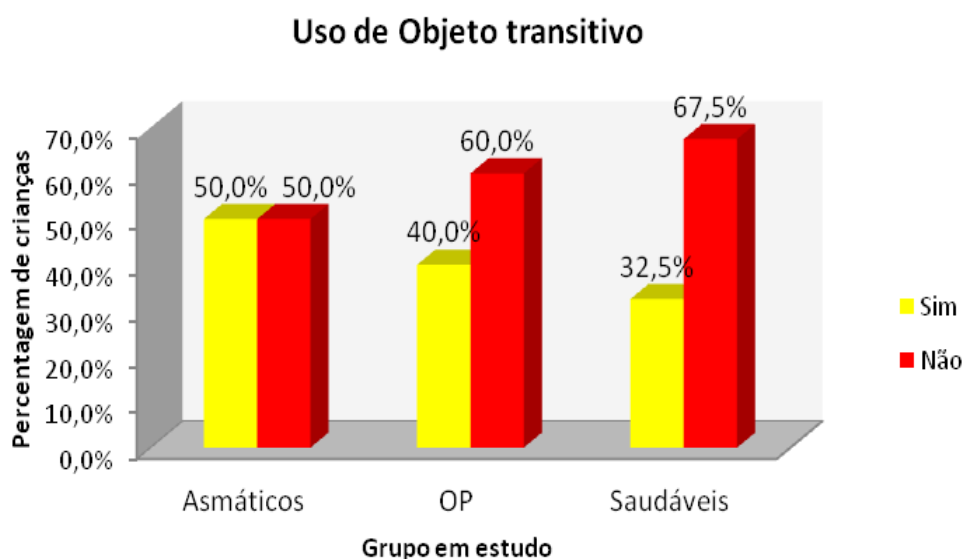


Figura 9 Diagrama de barras ilustrando a percentagem de crianças que utilizou objeto transitivo, nos três grupos estudados.

Como se pode verificar, a percentagem de crianças que usou objeto transitivo é superior no grupo de asmáticos (50,0%), comparativamente aos outros grupos em estudo (40,0% e 32,5% no grupo de crianças com outras patologias e saudáveis, respetivamente).

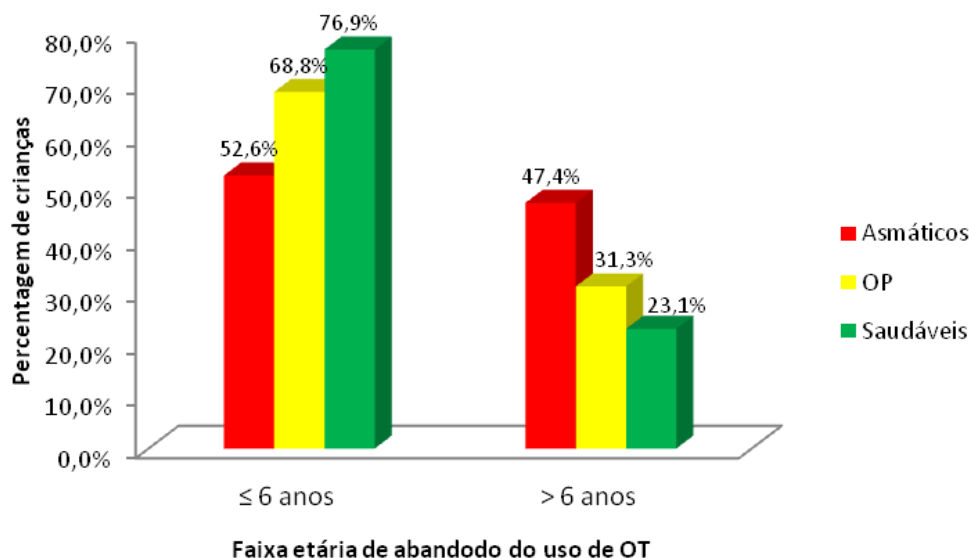


Figura 10 Distribuição de frequências da variável idade, por faixa etária, em que as crianças deixaram de ter objeto transitivo, em cada um dos três grupos. OP- outras patologias.

Como se pode constatar, além de uma maior frequência de uso objeto transitivo, a idade em que o abandonaram também foi superior em crianças asmáticas. Até à entrada no primeiro ciclo, aos 6 anos, apenas 55,0% destas crianças tinham deixado de usar objeto transitivo, contrastando com taxas de abandono superiores nos outros grupos (68,8% nas crianças com outras patologias e 76,9% nas crianças saudáveis). Estes dados traduzem-se numa probabilidade 1,40 vezes superior de uma criança asmática usar objeto transitivo no primeiro ciclo comparativamente com as crianças saudáveis, sendo estatisticamente significativa (CI95% 1,94-1,01).

2.2.2. Inferência de dados

A **primeira hipótese** colocada tinha como objetivo testar a existência de relação entre o tipo de ligação afetiva materna e asma (H1). Como as variáveis em estudo (tipo de ligação e grupo em estudo) são nominais, procedeu-se primeiramente ao cálculo do teste do qui-quadrado, de modo a determinar se os dados obtidos eram estatisticamente significativos para um intervalo de confiança de 95%, sendo significativos se $\alpha < 0,05$. O valor do teste qui-quadrado obtido foi de $\alpha = 0,028$ pelo que podemos considerar que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis tipo de ligação materna e os grupos em estudo. O valor deste teste era superior quando se comparava apenas o grupo das crianças asmáticas com o grupo de crianças saudáveis ($\alpha = 0,01$).

Seguidamente realizaram-se testes de comparação entre proporções de modo a determinar se a correlação entre as variáveis era estatisticamente significativa para um intervalo de confiança de 95%. Relativamente ao constrangimento afetivo, verificou-se que a proporção de

crianças asmáticas foi 1,3 vezes superior à de crianças saudáveis e 1,1 vezes superior à de crianças com outras patologias, no entanto não era estatisticamente significativa. Quanto ao controlo afetivo, a proporção de crianças asmáticas era 5 vezes superior comparativamente com os dois grupos de controlo, no entanto também não era estatisticamente significativa, pelo que não foi possível aceitar a hipótese alternativa. No que diz respeito à parentalidade ótima, constatou-se que a proporção obtida no grupo de crianças saudáveis era 3,4 vezes superior à proporção no grupo de asmáticos, de forma estatisticamente significativa. Comparando com o grupo de crianças com outras patologias, a proporção obtida para este tipo de ligação afetiva materna era 1,4 vezes superior em crianças saudáveis, no entanto os dados não eram estatisticamente significativos. A proporção de crianças com parentalidade negligente no grupo de crianças asmáticas foi igual à encontrada no grupo de crianças com outras patologias. Não foi possível relacionar a parentalidade negligente entre o grupo de crianças saudáveis e os outros dois grupos uma vez que o número absoluto de crianças com este tipo de ligação obtido foi 0.

Tabela 2 Testes de comparação entre proporções dos diferentes grupos em estudo, relativamente aos quatro tipos de ligação. CA- Constrangimento afetivo, CLA- Controlo afetivo, PO- Parentalidade ótima, PN- Parentalidade negligente.

Padrão de vinculação		Proporção de asmáticos (P1)/Proporção de Saudáveis (P2)	Proporção de asmáticos (P1)/Proporção de OP (P2)	Proporção de OP (P1)/Proporção de Saudáveis (P2)
CA	(P1/P2) observado	1,38	1,12	1,29
	(P1/P2) máx	1,96	1,50	1,80
	(P1/P2) min	0,97	0,83	0,85
CLA	(P1/P2) observado	5	5	1
	(P1/P2) máx	40,91	40,91	15,44
	(P1/P2) min	0,61	0,61	0,06
PO	(P1/P2) observado	0,28*	0,42	0,67
	(P1/P2) máx	0,68	1,07	1,20
	(P1/P2) min	0,11	0,16	0,37
PN	(P1/P2) observado		1	
	(P1/P2) máxi	**	15,44	**
	(P1/P2) min		0,06	

Nota: os números são estatisticamente significativos se o intervalo entre (P1/P2)min e (P1/P2) máx não contiver o valor 1,00.

* O valor é estatisticamente significativo.

A **segunda hipótese** em estudo testava a existência de relação entre superproteção materna e asma (H2), estudando-se a dimensão Proteção da escala PBI isoladamente. Como as variáveis em estudo são ambas nominais (proteção e grupo em estudo), procedeu-se novamente ao cálculo do teste do qui-quadrado, e tendo-se obtido $\alpha=0,01$, considerou-se os dados significativos. Aplicou-se o teste de comparação de proporções, tendo-se verificado que a proporção de crianças asmáticas com superproteção parental era 1,55 vezes superior à proporção encontrada em crianças saudáveis, apresentando significância estatística. Esta

proporção também era 1,21 vezes superior quando se comparava o grupo de crianças asmáticas com o grupo de crianças com outras patologias, no entanto não se obteve significância estatística. Também foi possível constatar uma tendência, sem significância estatística, para crianças com outras patologias apresentarem mais superproteção parental, comparativamente com a população saudável.

Quanto a um tipo de proteção não superprotetora, notou-se que esta era superior em crianças saudáveis, comparativamente com os outros grupos em estudo, sendo apenas significativa quando se comparava com o grupo de crianças asmáticas.

Tabela 3 Testes de comparação entre proporções dos diferentes grupos em estudo, relativamente à existência ou não de superproteção materna. SP- Superproteção, NSP-sem superproteção materna.

Proteção		Proporção de asmáticos (P1)/Proporção de Saudáveis (P2)	Proporção de asmáticos (P1)/Proporção de OP (P2)	Proporção de OP (P1)/Proporção de Saudáveis (P2)
SP	(P1/P2) observado	1,55*	1,21	1,27
	(P1/P2) máx	2,11	1,55	1,80
	(P1/P2) min	1,13	0,95	0,90
NSP	(P1/P2) observado	0,33*	0,50	0,67
	(P1/P2) máx	0,75	1,20	1,20
	(P1/P2) min	0,15	0,21	0,37

Nota: os números são estatisticamente significativos se o intervalo entre (P1/P2)min e (P1/P2) máx não contiver o valor 1,00.

* O valor é estatisticamente significativo.

Os dados apurados relativamente à primeira e segunda hipótese não foram estatisticamente significativos quando se estudava a associação entre ligação afetiva paterna e asma ou superproteção paterna e asma. Encontrou-se uma tendência muito ténue para o constrangimento afetivo ser mais evidente em crianças saudáveis, comparativamente com crianças asmáticas e crianças com outras patologias e para ser maior em crianças com outras patologias do que em crianças asmáticas. Estes dados são opostos aos encontrados a nível materno. Relativamente ao controlo afetivo, encontrou-se uma proporção superior em crianças asmáticas, comparativamente com crianças saudáveis, contudo igual à proporção encontrada em crianças com outras patologias. Quanto à parentalidade ótima, constatou-se uma proporção igual em crianças asmáticas e em crianças saudáveis sendo, apenas, ligeiramente menor relativamente a crianças com outras patologias. Em nenhuma destas havia significância estatística.

3. Discussão

Neste estudo encontrou-se uma predominância de crianças asmáticas do género masculino (67,5%). Este dado é concordante com a literatura que indica que, para esta patologia, nesta faixa etária, há um predomínio do género masculino [3, 5, 6, 10]. Apesar de também se ter encontrado predomínio de crianças do género masculino nos outros grupos, este era menos evidente (62,5% no grupo com outras patologias e 55% em crianças saudáveis).

No que diz respeito à idade, comparativamente com os outros grupos, esta era ligeiramente superior no grupo de crianças asmáticas, com 60% de crianças entre os 10 e os 12 anos. Esta diferença de idades pode influenciar o modo como as crianças respondem às questões, nomeadamente as relativas a proteção e carinho percebidos pela criança.

Nesta amostra, contactou-se que a maioria das crianças tinham um irmão e que o número de crianças asmáticas filhas únicas (40%) era superior ao encontrado nos outros grupos (32,5% em ambos). Entre as crianças que tinham irmãos, constatou-se que a criança inquirida era predominantemente o filho mais velho no grupo de crianças asmáticas (58%) e o filho mais novo no grupo de crianças com outras patologias e no grupo de saudáveis (55,6% e 51,9%, respetivamente). Esta diferença, quer no número de irmãos, quer na ordem na fratria, apesar de não ser estatisticamente significativa, pode assumir alguma importância no tipo de ligação afetiva apresentado uma vez que, de um modo geral, os pais de filhos únicos tendem a ser mais protetores do que os pais com mais de um filho e o primeiro filho também tende a ter níveis de proteção superiores e menos liberdade do que os filhos mais novos [23].

Dentro dos principais fatores desencadeantes de crises asmáticas, as alterações de temperatura surgem mais frequentemente (23,5%), seguidas de ansiedade e infeções respiratórias (22,1%) e exercício físico (20,6%). Na literatura também se faz referência a estes fatores como sendo os principais desencadeantes. Sabe-se que crianças asmáticas tendem a ter níveis de ansiedade superiores comparativamente a crianças saudáveis, podendo mesmo desencadear crises por “antecipação”, ou seja, quando estão perante uma situação que no passado desencadeou uma crise asmática podem ficar com níveis tais de ansiedade que poderão desencadear outra crise. A relação com os pais assume um papel importante podendo aumentar ou diminuir os níveis de ansiedade [24].

Quando se estudou a possível relação com outras doenças atópicas que estão frequentemente associadas a asma, nomeadamente, dermatite atópica, rinite alérgica e outras alergias, verificou-se que 53,2% das crianças apresentava pelo menos uma destas patologias (18,8%, 9,4% e 25%, respetivamente) e destas, 20,0% apresentavam pelo menos duas destas patologias. Outros estudos encontraram relação entre estas patologias, contudo, constataram

uma maior associação entre asma e rinite alérgica do que entre asma e dermatite atópica [5, 25].

Neste estudo, a maioria das crianças asmáticas (60%) tinha pais, irmãos ou avós com asma, o que não acontecia no grupo de crianças saudáveis nem no grupo de crianças com outras patologias. A probabilidade de um asmático ter pelo menos um familiar com asma é 6,00 vezes superior (IC 95% 15,72-2,29) à de uma criança saudável e 2,4 vezes superior (IC95% 4,34-1,33) à de uma criança com outra patologia, sendo os dados estatisticamente significativos. Estes dados estão de acordo com a literatura e poderão refletir a influência dos fatores hereditários na atopia da asma [2,4].

Quando se comparou o tipo de adaptação ao infantário/ pré-escola verificamos que no grupo asmático houve uma proporção menor de crianças que se adaptaram bem (66,7%) comparativamente com 76% no grupo com outras patologias e 86% em crianças saudáveis. A esta dificuldade na adaptação ao infantário poderão estar subjacentes alterações na vinculação, uma vez que alguns estudos mostraram associação entre a qualidade e a segurança da vinculação e a adaptação psicossocial da criança em idade pré-escolar a nível da agressividade, ansiedade e isolamento [27].

Relativamente ao uso de objeto transitivo, constatou-se que houve uma maior proporção (50%) de crianças asmáticas a usá-lo comparativamente com os outros dois grupos (40% em crianças com outras patologias e 32,5% em crianças saudáveis).

O uso do objeto transitivo é normal até cerca dos dois anos de idade. A idade de abandono do objeto transitivo foi maior nas crianças asmáticas, onde apenas 55% o tinham abandonado até à entrada para o primeiro ciclo. Quando se comparou a proporção de crianças com objeto transitivo nesta idade, notámos que é 1,40 vezes superior em crianças asmáticas (IC 95% 1,94-1,01) do que em crianças do grupo saudável, apresentando significância estatística. A diferença relativamente ao grupo com outras patologias, apesar de também ser superior, não é estatisticamente significativa. Esta elevada percentagem de crianças asmáticas ainda com objeto transitivo no primeiro ciclo remete-nos para uma maior necessidade de “suporte” e de algo que permita diminuir a ansiedade.

No que diz respeito à primeira hipótese, que tenta estabelecer uma possível relação entre tipo de ligação afetiva e asma, verificou-se que a proporção de crianças asmáticas com constrangimento afetivo, ou seja, com elevado nível de carinho e de proteção, apesar de não estatisticamente significativa, era 1,3 vezes superior à de crianças saudáveis (IC 95% 1,96-0,97). Isto pode ser devido a uma maior dificuldade de aquisição de autonomia por parte das crianças asmáticas, uma vez que apesar de receberem o carinho adequado, há uma proteção excessiva, que os impede de explorar o meio que os rodeia.

Relativamente ao controlo afetivo, caracterizado por um baixo nível de carinho e um elevado nível de proteção, também se encontrou uma proporção 5 vezes superior em crianças asmáticas face tanto a crianças saudáveis como a crianças com outras patologias, apesar de não ter sido estatisticamente significativa (IC95% 40,91-0,61). Este dado pode estar relacionado com o facto de crianças com nível etário superior tenderem a considerar os pais menos carinhosos do que crianças mais jovens [19]. Como neste estudo a amostra de crianças saudáveis apresentava idade superior comparativamente aos outros grupos, isso pode ter tido alguma influência. Por outro lado, níveis de proteção excessivos por vezes poderão ser encarados como uma intrusão e como tal, como menos carinho.

A parentalidade ótima estava associada sobretudo a crianças saudáveis, sendo 3,60 vezes superior, e estatisticamente significativa, relativamente à população asmática (IC95% 8,75-1,48) e superior, no entanto sem significância estatística, quando comparada com o grupo com outras patologias. Este tipo de vinculação promove um padrão de vinculação seguro, dando à criança liberdade para explorar o ambiente sabendo que, em caso de necessidade, pode recorrer à mãe.

A parentalidade negligente neste estudo não surgiu em nenhuma criança saudável, tendo surgido apenas em uma criança asmática e em uma criança com outra patologia. Se houvesse significância estatística, a doença poderia ser encarada como um pedido de atenção por parte da criança.

Neste estudo, os resultados obtidos foram semelhantes nos três grupos em estudo quando se comparou o tipo de ligação paterna. Isto poderá dever-se ao facto de ser a mãe a figura mais ligada ao processo de vinculação.

Relativamente à segunda hipótese, que tentava determinar a existência de relação entre superproteção parental e asma, constatou-se que a proporção de crianças asmáticas que apresentavam superproteção era 1,55 vezes superior à proporção de crianças saudáveis (CI 95% 2,1-1,13), sendo estes dados estatisticamente significativos. Quando comparado este nível de proteção com o apresentado em crianças com outras patologias, também era maior em crianças asmáticas, no entanto não estatisticamente significativo. Na asma, bem como noutras doenças crónicas, há maior propensão para níveis de proteção materna elevados [26, 27]. Tal ocorre porque os pais querem tentar evitar qualquer fator que possa desencadear crises ou agravar a doença e, para tal, são mais rígidos relativamente ao cumprimento de regras, dando menos liberdade aos seus filhos que, assim, poderão desenvolver menos autonomia [26, 27]. Por outro lado, a superproteção parental pode gerar um maior nível de ansiedade quando as crianças estão sujeitas a algum fator considerado como indesejável pelos pais, podendo desencadear a crises asmáticas.

De modo geral, neste estudo o grupo de crianças com outras patologias assumiu um carácter intermédio entre os resultados obtidos no grupo saudável e no grupo asmático. Tal pode dever-se a um grande número de crianças com patologia ser do foro alérgico (62,5%). Como vimos, é frequente a associação entre patologia alérgica e asma, e como tal, estes dados poderão ser de algum modo sobreponíveis. Por outro lado, também poderá refletir diferenças entre o facto de se possuir patologia ou ser saudável.

4. Conclusão

A literatura existente sugere uma possível relação entre algumas doenças crónicas e alguns tipos de vinculação, abordando a população adulta. Este trabalho tenta estabelecer a relação entre a asma e vinculação, determinando os tipos de ligação afetiva parentais e superproteção parental na população de crianças asmáticas. Ao se abordar a população pediátrica, pretendeu-se estudar esta relação quando existe uma maior prevalência de asma e quando há uma maior noção do tipo de vinculação vivenciada ao se diminuir o viés temporal que decorre até à aplicação do questionário. Pretendeu-se, ainda, avaliar a relação entre asma e o tipo de ligação parental e a variável superproteção e não apenas a última como a maioria dos estudos que utilizam a escala PBI.

Neste estudo verificou-se que os três principais fatores desencadeantes de crises asmáticas foram, por ordem de frequência, alterações de temperatura, ansiedade e infeções respiratórias. Na etiologia da asma, verificou-se que o fator hereditário assume um papel importante, tendo-se observado que a maioria das crianças tinha uma ou mais pessoas na família com asma.

A vinculação está intimamente relacionada com a ligação afetiva parental e a superproteção. A parentalidade ótima está na base de uma vinculação segura, tendo-se verificado estar mais associada a crianças saudáveis. Os outros tipos de vinculação estão associados a um tipo de vinculação insegura, o que se verificou estar mais associado a quadros patológicos. Na asma verificou-se um predomínio da ligação constrangimento afetivo e também se notou um predomínio de controlo afetivo face aos outros grupos em estudo. Neste estudo nenhuma criança saudável apresentou parentalidade negligente, tendo-se encontrado este tipo de parentalidade no grupo com patologia.

Com este estudo foi possível estabelecer uma associação entre vinculação e asma. Assim, será importante que os profissionais de saúde que lidam com estas crianças, a estar mais atentos à relação mãe-criança estabelecida, de modo a fomentar um desenvolvimento psicoafetivo saudável, conseguido através de uma vinculação segura e da evicção de superproteção. Por outro lado, ao diminuir os níveis de ansiedade da criança, que assumem um papel importante no desenvolvimento e desencadear das crises, pode-se também obter benefícios na prevenção de crises asmáticas.

4.1. Limitações

Uma das limitações deste trabalho foi a escolha da escala uma vez que a maioria das escalas que determinam o tipo de vinculação na criança exige que a avaliação seja feita por uma pessoa experiente na área de psicologia ou pedopsiquiatria. Assim, selecionou-se uma escala que avaliasse o tipo de ligação e superproteção vivenciados pela criança, que abrangesse

grande parte da faixa etária em que esta patologia é mais frequente, que fosse de fácil preenchimento e que fosse validada para a população portuguesa.

Não foi possível determinar qual o tamanho da amostra mínimo a ser utilizado uma vez que este estudo ainda não tinha sido feito em crianças asmáticas e, nos estudos encontrados, não havia dados relativos aos tipos de ligação que pudessem inferir com exatidão qual o tamanho aconselhável. Por outro lado, o facto de não haver base de dados no CHCB que classifique as crianças como sendo asmáticas, o número total da população asmática é desconhecido, o que também não possibilitou o cálculo do tamanho da amostra. Se a amostra abordada tivesse sido maior possivelmente ter-se-ia conseguido determinar se os tipos de ligação estavam ou não associados à asma uma vez que foram encontradas fortes tendências para o constrangimento afetivo, controlo afetivo e a negligência estarem associados à asma, mas sem significância estatística que permitisse a generalização para a população.

4.2. Propostas para o futuro

No seguimento deste trabalho seria interessante fazer o mesmo estudo com uma amostra maior.

Seria também importante avaliar a tendência ou não da passagem transgeracional de determinados padrões de vinculação em famílias com crianças asmáticas.

Seria, ainda, pertinente determinar qual o impacto que tem a existência de uma criança asmática no funcionamento familiar.

5. Bibliografia

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA). 2011. Available from: <http://www.ginasthma.org/>.
2. Barbosa FMG. Estilo de vinculação em pacientes com lupus eritematoso sistémico e em pacientes com asma [Tese de Mestrado]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2005. p. 21-174.
3. de Sousa JC, Santo ME, Colaço T, Almada-Lobo F, Yaphe J. Asthma in an Urban Population in Portugal: A prevalence study. *BioMed Center Pulmonary Medicine*. 2011;11:347.
4. Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF. Allergic diseases and asthma: a major global health concern. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*. 2012;12(1):39-41.
5. Pinto JR. ISAAC (International Study of Asthma and allergies in childhood) 20 Anos em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2011;42(5): S25-S41.
6. Pegas P, Alves C, Scotto M, Evtyugina M, Pio C, Freitas M. Factores de risco e prevalência de asma e rinite em crianças em idade escolar em Lisboa. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2011;17:109-16.
7. Lee YL, Hwang BF, Chen YA, Chen JM, Wu YF. Pulmonary Function and Incident Bronchitis and Asthma in Children: A Community-Based Prospective Cohort Study. *PloS one*. 2012;7(3):1-6.
8. Mahboub BH, Al-Hammadi S, Rafique M, Sulaiman N, Pawankar R, Al Redha AI, et al. Population prevalence of asthma and its determinants based on European Community Respiratory Health Survey in the United Arab Emirates. *BioMed Center Pulmonary Medicine*. 2012;12(1):1-7.
9. Kazak AE. Evidence-based interventions for survivors of childhood cancer and their families. *Journal of Pediatric Psychology*. 2005;30(1):29-39.

10. Hedman L, Bjerg A, Lundbäck B, Rönmark E. Conventional epidemiology underestimates the incidence of asthma and wheeze-a longitudinal population-based study among teenagers. *Clinical and Translational Allergy*. 2012;2(1):1-9.
11. Kaugars AS, Klinnert MD, Bender BG. Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004;29(7):475-91.
12. Rosenkranz MA, Davidson RJ. Affective neural circuitry and mind-body influences in asthma. *Neuroimage*. 2009;47(3):972-80.
13. Maia MVM, Pinheiro NNB. Angústia e subjetividade: reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos a partir de Freud e Winnicott. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 2009;9(1):75-104.
14. Peres RS. O papel das representações psíquicas no processo de somatização. *Psicologia em Estudo*. 2001;6(1):95-6.
15. Faria CM. Um Estudo Sobre as Referências de Winnicott aos fenômenos Psicossomáticos [Tese de Mestrado]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2012. p.10-65.
16. Faria CMGM. Vinculação e desenvolvimento epistemológico em jovens adultos [Tese de Doutorado]: Universidade do Minho; 2008. p. 7-71.
17. Bowlby J. Attachment and loss: Attachment. Great Britain: Penguin Education; 1969/1978. p. 221-316. (vol 1).
18. Ainsworth MS. Attachments beyond infancy. *American Psychologist*; 1989;44(4):709-42.
19. Carrilho L, Alexandre, M. Preditores de comportamento desviante na adolescência: Validação da escala PBI - Parental Bonding Instrument para a população portuguesa. *Ousar Integrar - Revista de Reinsersão Social e Prova*. 2008;1:33-9.
20. Ramos VS. Estudo preliminar do Parental Bonding Instrument: Adaptação de um instrumento de medida [Tese de Mestrado]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2007. p. 13-69.
21. Bowlby J. Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger. Great Britain: Penguin Education; 1973. p. 45-72,245-252. (vol 2).

22. Sousa CSGR. A ansiedade social no jovem adulto: Sua relação com os estilos parentais e com a vinculação na infância [Tese de Mestrado]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2010. p.1-25.
23. Sampaio ITA. Parental educational practices, child gender and birth order: an update. *Rev bras crescimento desenvolv hum.* 2007;144-52.
24. Veríssimo M, Alves S, Monteiro L, Oliveira C. Ansiedade de separação materna e adaptação psicossocial ao pré-escolar. *Psicologia Saúde & Doenças.* 2003;4(2):221-9.
25. Hong S, Son DK, Lim WR, Kim SH, Kim H, Yum HY, et al. The Prevalence of Atopic Dermatitis, Asthma, and Allergic Rhinitis and the Comorbidity of Allergic Diseases in Children. *Environmental Health and Toxicology.* 2012;27:1-8.
26. Schneider R, Torossian S. Oficina de contos de fadas: uma intervenção com crianças asmáticas, a partir do enfoque Winnicottiano [Tese de Mestrado]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos-Unisinos; 2008. p.14-27.
27. Fedele DA, Grant DMM, Wolfe-Christensen C, Mullins LL, Ryan JL. An examination of the factor structure of parenting capacity measures in chronic illness populations. *Journal of Pediatric Psychology.* 2010;35(10):1083-92.

Anexos I

Tabela 1 Distribuição da frequência da variável escolaridade nos três grupos em estudo.

Ano de Escolaridade	Asmáticos (%)	Outras Patologias (%)	Saudáveis (%)
Pré-escola	2,5	0,0	2,5
1º	2,5	0,0	7,5
2º	10,0	25,0	15,0
3º	10,0	17,5	17,5
4º	20,0	20,0	15,0
5º	10,0	15,0	15,0
6º	20,0	15,0	17,5
7º	25,0	7,5	10,0

Ao nível da escolaridade, tal como a nível da idade, a maioria das crianças asmáticas apresenta um nível superior, uma vez que 55% destas se encontra no 2º e 3º ciclos, o que acontece em apenas 37,5% do grupo de outras patologias e em 42,5% do grupo de saudáveis.

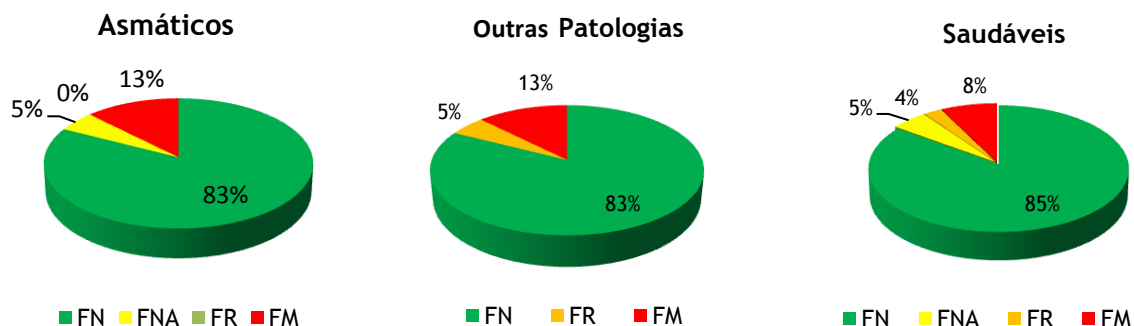


Figura 1 - Diagramas circulares relativos à distribuição das frequências dos tipos de família das crianças inquiridas, nos três grupos em estudo. FN- família nuclear, FNA- Família nuclear alargada, FM- Família monoparental, FR família reconstituída.

Relativamente ao tipo de família, pode observar-se que, nos três grupos em estudo, quase todas as crianças apresentavam uma família nuclear, tendo-se verificado uma predominância ligeiramente superior no grupo saudável (85%) comparativamente aos outros grupos (83%). Verificou-se uma predominância de famílias monoparentais nos grupos de asmáticos e com outras patologias (12,5%) comparativamente com o grupo de saudáveis (7,5%), apesar de não ser estatisticamente significativa.

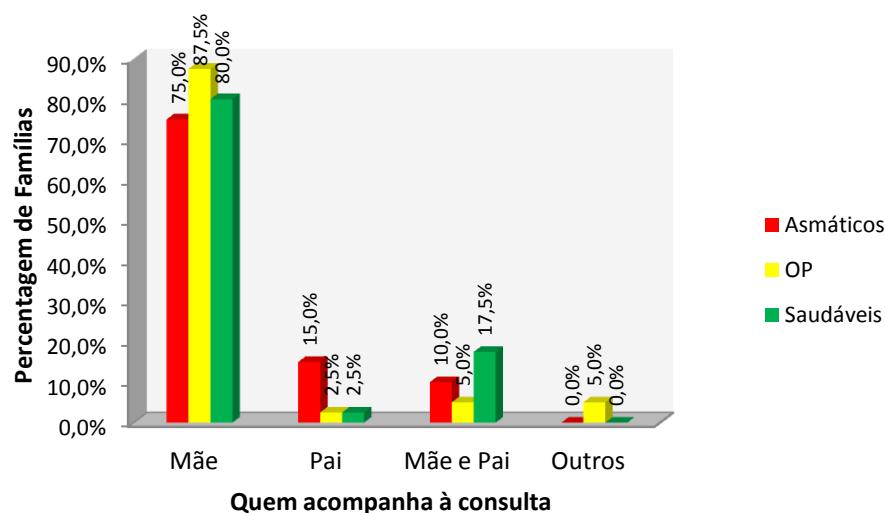


Figura 4 Diagrama ilustrativo da frequência com que a mãe, pai, mãe e pai ou outras pessoas acompanham a criança à consulta, para os três grupos em estudo. OP- outras patologias

Através da análise do gráfico 4, foi possível constatar que o principal acompanhante às consultas foi a mãe (75,0% no grupo asmático, 87,5% no grupo de outras patologias e 80,0% no grupo saudável). Também se pode verificar que no grupo saudável há um maior número de crianças a ser acompanhada por ambos os progenitores (17,5%) comparativamente com o grupo de crianças asmáticas (15%) e com o grupo de outras patologias (2,5%). A maioria das crianças que eram acompanhadas pelo pai era asmática (15% comparativamente com 2,5% nos outros grupos). Apenas crianças com outras patologias foram acompanhadas por outras pessoas que não o pai ou a mãe.

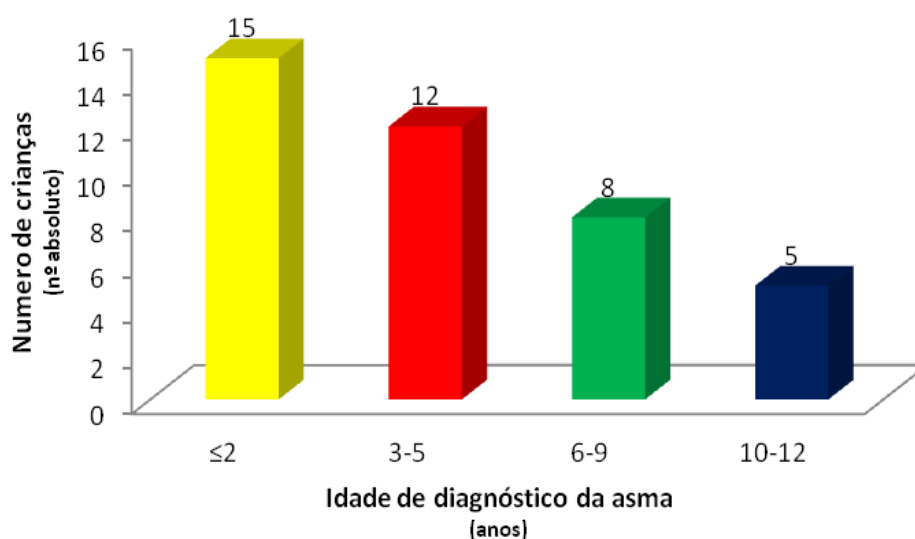


Figura 5 Diagrama de barras ilustrativo das frequências absolutas da variável idade de diagnóstico da asma.

Com a análise da figura 5, pode-se observar que o número de diagnósticos diminui com a idade, verificando-se que 37,5% dos diagnósticos foram feitos antes dos 3 anos, 30% dos 3 aos 5 anos, 20% no primeiro ciclo e 12,5% no segundo ciclo.

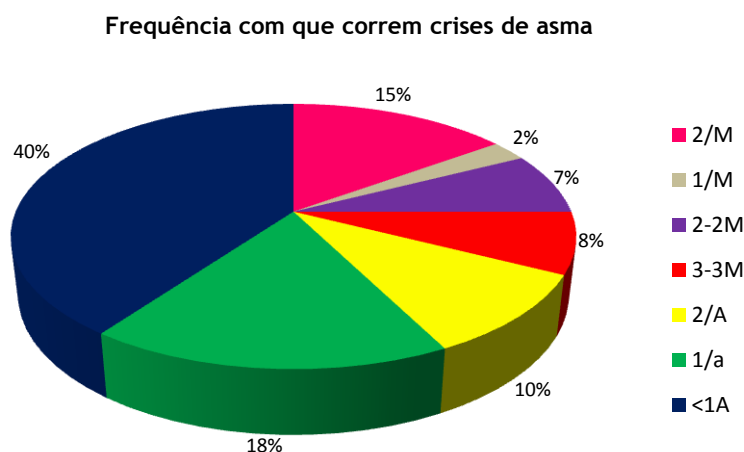


Figura 6 Gráfico circular elucidativo da frequência com que ocorrem crises asmáticas. 2/M- duas vezes por mês, 1/M- uma vez por mês, 2-2M- de dois em dois meses, 3-3M - de três em três meses, 2/A- duas vezes por ano, 1/A uma vez por ano, <1A menos do que uma por ano.

Como se pode constatar na figura 6, a maioria das crianças asmáticas (60%) tinha asma ativa, que é definida pela presença de crises asmáticas nos últimos 12 meses. Destas, a maioria tinha uma ou duas crises por ano (30% e 16,7%, respectivamente), mas grande percentagem (25%) tinha duas crises por mês.

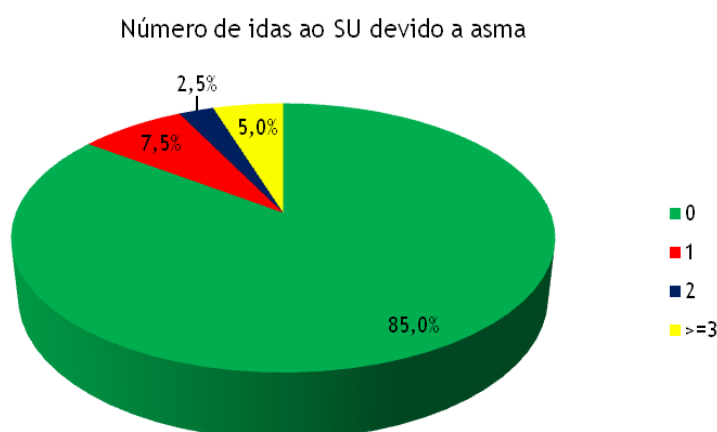


Figura 7 Gráfico circular ilustrativo do número de idas ao Serviço de Urgência, devido a asma, no último ano

A figura 7 mostra que, 85% das crianças inquiridas não tiveram necessidade de recorrer ao serviço de urgência devido a asma, 7,5% recorreram uma vez, 5% recorreram três ou mais

vezes e 2,5% recorreram 2 vezes, no entanto nenhuma teve necessidade de ficar internada devido a este problema.



Figura 8 Diagramas circulares indicativos da percentagem de crianças que frequentaram o infantário, nos três grupos em estudo

Como se pode observar na figura 8, a grande maioria das crianças frequentou o infantário, no entanto no grupo das crianças asmáticas verificou-se uma frequência ligeiramente mais baixa (90%, comparativamente com 92% no grupo de crianças saudáveis e 95% no grupo de crianças com outras patologias).

Anexos II

Questionário:

DADOS PESSOAIS

Sexo: M F Idade: _____ Escolaridade: _____

Com quem vive? _____

Quem acompanha a criança à consulta? _____

DADOS FAMILIARES

Idade da Mãe: _____ Profissão da Mãe: _____

Idade do Pai: _____ Profissão do Pai: _____

Nº de Irmãos: _____ Idades: _____

Antecedentes familiares gerais: _____

CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA (preencher no caso de ser doente asmático, caso não seja, passe para a pág. 3)

1- Quando teve a primeira crise? _____

2- Fatores que desencadeiam a crise? Ansiedade / Stress

Exercício físico

Alterações da temperatura

Outros (Quais?) _____

3- Fatores que agravam a crise? _____

4- Fatores que ajudam ao alívio das crises / impedem o seu aparecimento?

5- Medicação atual e medicação SOS: _____

6- Frequência de uso da medicação SOS: _____

7- Nº de idas ao Serviço de Urgência por este motivo no último ano : _____

8- Nº de internamentos devido a este motivo no último ano: _____

9- Outras doenças: Dermatite Atópica

 Rinite Alérgica

 Lúpus Eritematoso Sistémico

 Outras doenças alérgicas

10- Frequentou o infantário? S N

11- Como foi a adaptação da criança ao infantário? Boa Má Choro

 Vómitos Outros(Quais?) _____

12- Estranhava quando ia ao colo de pessoas que não conhecia? S N

13- A criança usava algum objeto com o qual andasse sempre e que a tranquilizasse?

 S N

14- Que objeto era (ex. cobertor, fralda, boneco, etc)? _____

15- Até que idade o usou? _____

16- Na família existem outras pessoas com asma? Mãe Pai Irmãos

 Avó Avô

Peço-lhe agora que se foque na sua experiência em relação aos seus pais e naquilo que vivenciou até agora.

Pense em primeiro lugar no seu **PAI** e assinale de entre as opções apresentadas aquela que melhor descreve as atitudes e comportamentos dele em relação a si.

	Quase sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente
1. Fala comigo com voz calma e amiga.				
2. Não me ajuda tanto quanto eu preciso.				
3. Deixa-me fazer as coisas que eu gosto.				
4. Mostra-se emocionalmente frio.				
5. Parece compreender os meus problemas.				
6. E muito afetuoso.				
7. Gosta que eu tome as minhas próprias decisões.				
8. Não quer que eu me torne adulto.				
9. Tenta controlar tudo aquilo que eu faço.				
10. Invade a minha privacidade.				
11. Gosta de conversar comigo.				
12. Sorri para mim.				
13. Trata-me como um bebé.				
14. Não parece compreender o que eu preciso.				
15. Deixa que eu decida coisas por mim mesmo.				
16. Faz-me sentir que não sou desejado				
17. Conseguir fazer-me sentir melhor quando estou triste.				
18. Não conversa comigo.				
19. Tenta fazer com que eu me sinta dependente dele.				
20. Pensa que eu não sou capaz de tomar conta de mim.				
21. Dá-me toda a liberdade que eu quero.				
22. Deixa-me sair tanto quanto eu quero.				
23. Protege-me excessivamente.				
24. Não me elogia.				
25. Deixa-me vestir como eu quero.				

Atentando agora na sua **MÃE** e assinale de entre as opções apresentadas aquela que melhor descreve as atitudes e comportamentos dela em relação a si.

	Quase sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente
1. Fala comigo com voz calma e amiga.				
2. Não me ajuda tanto quanto eu preciso.				
3. Deixa-me fazer as coisas que eu gosto.				
4. Mostra-se emocionalmente fria.				
5. Parece compreender os meus problemas.				
6. E muito afetuosa.				
7. Gosta que eu tome as minhas próprias decisões.				
8. Não quer que eu me torne adulto.				
9. Tenta controlar tudo aquilo que eu faço.				
10. Invade a minha privacidade.				
11. Gosta de conversar comigo.				
12. Sorri para mim.				
13. Trata-me como um bebé.				
14. Não parece compreender o que eu preciso.				
15. Deixa que eu decida coisas por mim mesmo.				
16. Faz-me sentir que não sou desejado				
17. Consegue fazer-me sentir melhor quando estou triste.				
18. Não conversa comigo.				
19. Tenta fazer com que eu me sinta dependente dela.				
20. Pensa que eu não sou capaz de tomar conta de mim.				
21. Dá-me toda a liberdade que eu quero.				
22. Deixa-me sair tanto quanto eu quero.				
23. Protege-me excessivamente.				
24. Não me elogia.				
25. Deixa-me vestir como eu quero.				

Muito Obrigada Pela Sua colaboração!