

Asma, competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes

Asthma, social skills and behavioral disorders in children and adolescents

João Batista **SALOMÃO JÚNIOR**^{1,2}
Maria Cristina de Oliveira Santos **MIYAZAKI**^{1,2}
José Antonio **CORDEIRO**^{1,2}
Neide Aparecida Micelli **DOMINGOS**^{1,2}
Nelson Iguimar **VALERIO**^{1,2}

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar competência social e transtornos comportamentais em crianças com asma. Participaram 62 crianças (sete a 16 anos) com asma moderada e grave e um grupo controle, cujos pais responderam à versão brasileira do *Child Behavior Checklist*. Houve associação entre asma e déficit na competência social global ($p=0,000$), na competência social associada a atividades ($p=0,001$) e associada à escola ($p=0,010$). A gravidade da asma não se mostrou associada à competência social. Houve associação entre transtornos comportamentais e asma, principalmente transtornos internalizantes, como ansiedade e depressão, que não se mostraram associados ao gênero, idade e tipo de asma. Concluiu-se que crianças com asma apresentaram mais alterações na competência social global e competência social relacionada a atividades e escola, quando comparadas ao grupo controle. Apresentaram, ainda, mais transtornos globais e internalizantes, que podem prejudicar seu desenvolvimento, qualidade de vida e o manejo adequado da doença.

Unitermos: Asma. Comportamento social. Criança. Distúrbio do comportamento. Doença crônica.

Abstract

The aim of this study was to assess social skills and behavioral disorders in children with asthma. Participants included 62 children/adolescents (between 7 and 16 years of age) with moderate and severe asthma and a control group whose parents completed the Brazilian version of the Child Behavior Checklist. Results: There is evidence of an association between asthma and deficiencies in overall social skills related to activities ($p=0.001$) and school ($p=0.01$). The severity of the asthma has no clear link to social skills. There is evidence of an association between behavioral disorders and asthma, especially internalizing disorders, such as anxiety and depression, irrespective of sex, age and severity of asthma. Children/adolescents with asthma had more problems with general social skills and skills associated with activities and school, when compared to the control group. They also had more general and internalizing disorders, which may impair their progress, quality of life and the satisfactory management of the illness.

Uniterms: Asthma. Social behavior. Child. Chronic illness. Behavior disorders.

▼▼▼▼▼

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Hospital de Base. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Laboratório de Psicologia e Saúde. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.C.O.S. MIYAZAKI. E-mail: <cmiyazaki@famerp.br>.

A presença de uma doença crônica pode afetar negativamente o desenvolvimento de crianças e adolescentes, por restringir a realização de atividades típicas da faixa etária, dificultar a socialização e o desenvolvimento da auto-imagem positiva e aumentar a vulnerabilidade para transtornos comportamentais (Beale, 2006; McQuaid & Walders, 2003).

As demandas e o stress associados à doença e seu tratamento podem tornar mais vulneráveis para problemas psicológicos não só o paciente, mas também seus familiares ou cuidadores. Características do funcionamento familiar, por sua vez, têm importantes implicações, positivas e/ou negativas, sobre o curso da doença (Kaugars, Klinnert & Bender, 2004; Markson & Fiese, 2000; McQuaid & Walders, 2003; Miyazaki, Risso & Salomão Jr, 2005; Thompson & Gustafson, 1996).

A asma é uma das doenças crônicas de maior prevalência na infância, um problema de saúde pública de elevado custo social e econômico (Centers for Disease Control and Prevention, 2002; Chatkin & Menezes, 2005; International Study of Asthma and Allergies in Childhood, 1998; Mallol et al., 2000; Solé, 2005), que requer uma perspectiva interdisciplinar para seu adequado manejo (American Lung Association, 2000; Kaugars et al., 2004; McQuaid & Walders, 2003).

Apesar do desenvolvimento de novas drogas, do empenho dos profissionais, organizações e familiares e de todos os gastos associados ao tratamento da asma, a doença não tem cura. Os objetivos do tratamento são o controle dos sintomas e a melhora da função pulmonar. Incluem redução da frequência e da gravidade das crises, redução da morbimortalidade, controle da hiper-reatividade de vias aéreas, normalização da inflamação crônica, prevenção do remodelamento de vias aéreas, desenvolvimento normal da função pulmonar, desenvolvimento psicossocial adequado e melhor qualidade de vida (McQuaid & Walders, 2003; Pedersen, 1997).

Fatores presentes na vida de crianças com asma incluem: uso regular de medicações, algumas com potencialidade para o desenvolvimento de efeitos colaterais importantes (por exemplo, taquicardia, tremores, vômitos); visitas sistemáticas a médicos, outros profissionais e instituições de saúde; dificuldade para praticar esportes; convivência diária com dor e/ou desconforto; absenteísmo escolar; programas terapêuticos extensos, complexos e que impõem limitações;

necessidade de cuidados contínuos; e mudanças na rotina familiar (McQuaid & Walders, 2003; Miyazaki et al., 2005).

O comportamento da criança ou adolescente com asma e da família pode afetar o curso da doença. Assim, investigar o funcionamento psicossocial destes pacientes pode auxiliar no aprimoramento do atendimento fornecido e no delineamento de programas de prevenção. Este estudo teve como objetivo identificar competência social e transtornos comportamentais em crianças com asma moderada ou grave, sob a perspectiva dos pais, comparando-as a um grupo controle.

Método

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e todos os participantes/responsáveis assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram da pesquisa 124 crianças, divididas em dois grupos: asma e controle.

O grupo asma incluiu 62 pacientes (36 do sexo masculino) com asma moderada (n=42) e grave (n=20), idade entre sete e 16 anos (Média - M=10,94; Desvio-padrão - DP=2,28), atendidos consecutivamente pelos Serviços de Pneumologia Infantil do Ambulatório de Pediatria de um Hospital de Ensino do interior do Estado de São Paulo. A gravidade da asma foi avaliada por um dos autores, pediatra especialista em pneumologia infantil, de acordo com a periodicidade dos sintomas, atividade física e sono/sintomas noturnos (Associação Médica Brasileira, 2006).

Foram excluídos os pacientes com internação prévia em Unidades de Tratamento Intensivo, dificuldades escolares importantes e outras doenças crônicas, além da asma. Foi utilizada a seguinte definição de doença crônica: a) doença que interfere no funcionamento diário da criança por período superior a três meses em um ano; b) doença que requer hospitalização por período superior a um mês por ano; ou c) diagnóstico que permite acreditar que "a" ou "b" deverão ocorrer (Thompson & Gustafson, 1996). O critério de exclusão para dificuldades escolares foi definido como mais que uma reprovação e relato do cuidador a respeito de dificuldades acadêmicas significativas.

O grupo controle foi composto por 62 crianças (37 do sexo masculino) com idade entre sete e 16 anos

($M=10,26$; $DP=2,37$), sem diagnóstico de doença crônica, atendidas nos ambulatórios de Ortopedia e Traumatologia e de Oftalmologia do mesmo Hospital de Ensino.

Os pacientes do grupo controle foram encaminhados pelos Serviços de Ortopedia e Oftalmologia para o estudo e, como os do grupo asma, avaliados pelo mesmo pediatra em relação à presença de doenças crônicas e dificuldades acadêmicas.

Para a coleta dos dados, foram utilizados: Ficha de Identificação, Ficha Clínica e a versão brasileira do *Child Behavior Checklist* (CBCL). O CBCL é um questionário considerado “padrão-ouro” para avaliar funcionamento psicossocial em crianças, amplamente utilizado em pesquisas na área de Psicologia Pediátrica (Wallander, Thompson & Alriksson-Schmidt, 2003). Contém 138 itens, 20 que avaliam competência social e 118 que avaliam problemas de comportamento. É destinado a crianças com idade entre quatro e 18 anos e é um instrumento a ser respondido pelos pais, que são solicitados a comparar o comportamento do filho com o 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), seus relacionamentos (família, amigos), independência para brincar e realizar tarefas e desempenho escolar. A segunda parte tem 118 itens, e 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 adotado neste estudo (Bordin, Mari & Caieiro, 1995; Santos & Silveira, 2006).

A validação preliminar da versão brasileira do CBCL foi realizada com 49 crianças de ambos os sexos, com idades entre quatro e 12 anos, utilizando uma 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 graves (Bordin et al., 1995).

O CBCL foi utilizado na pesquisa a que se refere este artigo para obter uma avaliação do comportamento infantil sob a perspectiva parental. Os resultados obtidos foram analisados por meio de: 1) teste por aproximação normal, para comparação de duas proporções de gênero (asma x não asma); 2) teste exato, para uma proporção na comparação do gênero em cada grupo e subgrupo; 3) teste χ^2 , nos diversos aspectos psicológicos x grupos; 4) análise de dependência (ANADEP), que também avalia associação entre variáveis qualitativas e produz figuras, como a Figura 1; 5) análise de dependência múltipla (ANADEPMU), para analisar o efeito do gênero na associação grupos x aspectos psicológicos (possibilidade de colapso de arranjo grupais) x aspectos psicológicos x sexo para tabela grupos x aspectos psicológicos; 6) teste “t” de Student, para comparar as médias de idade segundo grupos; 7) análise de variância a dois critérios, com interação para verificação de efeito de grupo, de transtornos comportamentais totais, internalizantes e externalizantes, bem como de competência social na média de idade. O nível de significância adotado foi $\alpha=0,05$.

Resultados

A Tabela 1 apresenta o número de crianças, por gênero, nos dois grupos (asma e controle). O teste para comparação de duas proporções não evidenciou diferença significativa nas proporções entre gêneros nos dois grupos, e o teste “t” de Student não indicou diferença significativa nas médias de idade dos dois grupos. Para a maioria das crianças do grupo asma (93,5%), a doença teve início antes dos três anos de idade.

A competência social global (atividades, 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 $p=0,001$). A análise das áreas de atividades (χ^2 de Pearson com valor $p=0,001$) e escola (χ^2 de Pearson com valor $p=0,010$) mostrou associação com a asma.

Os dados indicam que não houve interferência da variável gênero (Tabela 2) em relação à competência social global (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,09$), nem em relação às áreas específicas: atividades (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,08$), social (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,78$) e escolar (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,14$).

Não houve influência nem da competência social nem do grupo na média de idade: grupo asma (análise de variância com valor $p=0,43$, para efeito de grupos, e valor $p=0,08$, para efeito de competência social). Com relação à faixa etária (reclassificada em sete a 11 anos e 12 a 16 anos) nos dois grupos, também não houve associação com competência social pelo χ^2 de Pearson: grupo asma com valor $p=0,12$ e grupo controle com valor $p=0,41$.

Não houve associação entre competência social e tipo de asma (moderada e grave) (χ^2 de Pearson com valor $p=0,19$). Tampouco houve associação entre áreas

específicas da competência social (atividades: χ^2 de Pearson com valor $p=0,92$; social: χ^2 de Pearson com valor $p=0,59$; escolar: χ^2 de Pearson com valor $p=0,13$) com o tipo de asma.

Resultados da análise estatística indicaram forte associação entre avaliação global dos transtornos comportamentais e presença de asma (χ^2 de Pearson com valor $p=0,005$; χ^2 pela ANADEP com valor $p=0,005$) (Figura 1).

Os transtornos comportamentais foram avaliados também como internalizantes e externalizantes, havendo forte associação entre internalizantes e asma (χ^2 de Pearson com valor $p=0,001$) (Tabela 3).

Não houve associação entre transtornos comportamentais (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,50$), internalizantes (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,82$) e externalizantes (χ^2 pela ANADEPMU com valor $p=0,44$) em relação ao gênero.

Os resultados não indicaram associação entre transtornos comportamentais e médias de idade para nenhum dos grupos (asma: análise de variância com valor $p=0,47$; controle: análise de variância com valor $p=0,17$). Também não houve associação entre faixa etária e transtornos comportamentais (grupo asma: valor $p=0,91$; grupo controle: valor $p=0,60$), transtornos internalizantes (grupo asma: valor $p=0,40$; grupo controle: valor $p=0,68$) e externalizantes (grupo asma: valor $p=0,84$; grupo controle: valor $p=0,09$), quando utilizado o teste χ^2 de Pearson.

Tabela 1. Número (162) de crianças por gênero nos grupos asma e controle. São José do Rio Preto (SP), 2001.

Grupo controle (n=62)		Categoria					
		Grupo Asma		Grave (n=20)		Total (n=62)	
M	F	M	F	M	F	M	F
37	25	24	18	12	8	36	26
0,16*		0,44*		0,50*		0,25*	

M: masculino; F: feminino; * Valor- p .

Tabela 2. Associação entre competência social e gênero para as crianças asma e controle com escore clínico/não clínico. São José do Rio Preto (SP), 2001.

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

F: Feminino; M: Masculino.

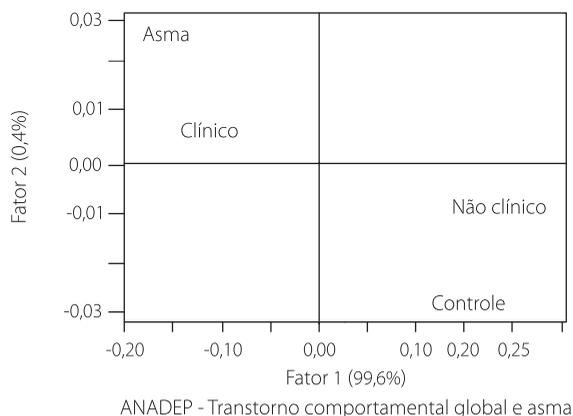


Figura 1. Associação entre escore clínico/não clínico relativo a transtorno comportamental global para os grupos asma e controle.

Tabela 3. Associação entre asma e transtornos comportamentais internalizantes e externalizantes.

Transtornos comportamentais	Internalizantes ($p=0,001$)		Externalizantes ($p=0,056$)		Global ($p=0,005$)	
	clínico	não clínico	clínico	não clínico	clínico	não clínico
Asma	30	20	19	43	47	15
Controle	13	49	10	52	32	30

Tabela 4. Tipo de asma (moderada/grave) e transtornos comportamentais (global, internalizantes e externalizantes). São José do Rio Preto (SP), 2001.

Transtorno comportamental	n	Tipo de asma	
Internalizante	Clínico	21	Moderada
	Não clínico	21	
	Clínico	9	Grave
	Não clínico	11	
Externalizante	Clínico	14	Moderada
	Não clínico	28	
	Clínico	5	Grave
	Não clínico	15	
Global	Clínico	30	Moderada
	Não clínico	12	
	Clínico	16	Grave
	Não clínico	4	

Comparações utilizando o teste χ^2 de Pearson não evidenciaram associação entre transtornos comportamentais e gravidade da asma (moderada e grave) (valor $p=0,24$). Tampouco houve associação entre gravidade da doença e transtornos internalizantes (valor $p=0,71$) e externalizantes (valor $p=0,51$) (Tabela 4).

Discussão

A maior parte dos casos de asma começa na infância, e 80,0% das crianças têm sua primeira crise antes do terceiro ano de vida, segundo Sandberg et al. (2000). Das crianças que compuseram o grupo com asma neste estudo, 93,5% 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 futuros, embora estudos longitudinais sejam ainda necessários para avaliar ajustamento nas diferentes fases do desenvolvimento (Mrazek, Schuman & Klinnert, 1998; Wallander et al., 2003). Além disso, a presença de uma

doença crônica no início da vida, com risco de morte durante uma crise, constitui uma importante fonte de ansiedade tanto para a criança como para os pais (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004; Miller & Strunk, 1989; Silver, Warman & Stein, 2005).

Pediatras e pneumologistas são provavelmente os primeiros profissionais a atender crianças com estes problemas de saúde. Devem, portanto, estar aptos a reconhecer a ansiedade que freqüentemente 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 (Gavin, Wamboldt, Sorokin, Levy & Wamboldt, 1999; Halterman et al., 2006; Katon, Richardson, Lozano & McCauley, 2004).

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 infância (Thompson & Gustafson, 1996; Wallander et al., 2003). 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 a aquisição de reforçamentos sociais, culturais e econômicos, e aquelas crianças que não possuem comportamentos sociais apropriados tendem a ser socialmente isoladas, rejeitadas e com maior probabilidade para apresentar transtornos mentais. Além disso, é por meio das habilidades sociais que a criança assimila papéis e normas sociais (Falcone, 2000; Michelson, Sugai, Wood & Kazdin, 1987).

Pelas suas características, a asma pode interferir em todo o funcionamento da criança e da família, sendo esta interferência proporcional ao controle dos sintomas (Kaugars et al., 2004). Uma das formas de avaliar o

impacto da doença sobre o indivíduo é analisar 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, inclusive a asma, visam expandir tanto a duração como a qualidade de vida (Gavin et al., 1999; Kaugars et al., 2004; McQuaid & Walders, 2003; Miller & Strunk, 1989; Mrazek et al., 1998; Pedersen, 1997).

Experiências negativas vividas por crianças portadoras de asma, como internações e consultas em serviços de emergência, bem como a privação de algumas experiências importantes para o desenvolvimento de habilidades sociais, como a prática de esportes e 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. Esta, por sua vez, é uma habilidade fundamental para o funcionamento adequado na vida adulta (Falcone, 2000; Michelson et al., 1987; Mrazek et al., 1998).

A análise de aspectos específicos da competência social realizada neste estudo mostrou que houve uma associação de alguns destes, como atividades e escola, com a asma. A criança com asma pode deixar de realizar atividades comuns, como andar de bicicleta, nadar, soltar pipa e 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, que é apontada também pela literatura (Katon et al., 2004).

Quando comparados o aspecto social da competência social com a presença de asma, os dados não indicaram associação entre estas variáveis. Este resultado pode ser explicado pelos estudos que indicam que crianças com asma, por desenvolverem desde cedo habilidade para reconhecer alterações no seu próprio funcionamento que possam indicar a iminência de uma crise, desenvolvem maior habilidade para discriminar

sentimentos das outras pessoas, fator associado à empatia, importante componente das habilidades sociais (Nelms, 1989).

Comparações a partir de uma análise entre asma, competência social global, gênero e faixa etária também não indicaram associação entre estas variáveis. Este dado é compatível com a literatura sobre problemas psicossociais em crianças e adolescentes com asma. Sofrimento emocional, sintomas e transtornos psiquiátricos presentes nesta população são tão freqüentes para os meninos como para as meninas, provavelmente porque ambos sofrem os mesmos problemas de adaptação associados à doença (Wallander et al., 2003).

Resultados deste estudo apontaram, ainda, que 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 (Goodwin et al., 2004; Wallander et al., 2003). Quando uma análise dos transtornos é realizada considerando como distintos os externalizantes e os internalizantes, apenas estes últimos, como ansiedade e depressão, parecem associados à doença. Este resultado é compatível com outras pesquisas (Chaney et al., 1999) e 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 (McQuaid & Walders, 2003; Miyazaki, Amaral & Salomão Jr, 1999; Nelms, 1989).

A análise dos dados não indicou associação entre transtornos comportamentais, gênero 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 idade (Wallander et al., 2003). 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.

Problemas relativos à competência social e transtornos comportamentais, na amostra estudada, ressaltam a necessidade de um atendimento global a estas crianças que, além das dificuldades associadas à asma, terão sua qualidade de vida ainda mais prejudicada pela presença de um transtorno mental. Estes dados indicam 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, poderia 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 da asma, tanto para a criança como para a família. Uma melhor compreensão da associação entre asma e transtornos mentais é vital para promover o desenvolvimento saudável destas crianças, reduzindo também os custos dos tratamentos.

Considerações Finais

Neste estudo, as crianças com asma apresentaram características semelhantes às das crianças do grupo controle no que se refere à idade, gênero e local de atendimento.

Análise estatística dos dados indicou 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 na análise da competência social para as crianças com asma.

Não houve associação entre competência social e gênero, faixa etária e tipo de asma. Os aspectos atividades, social e escola da competência social também se mostraram associados ao gênero, 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 primeiros, como ansiedade e depressão, estiveram associados ao grupo de crianças com asma. Não houve associação entre transtornos comportamentais e gênero, faixa etária e tipo de asma. Os aspectos internalizantes e externalizantes dos transtornos comportamentais também não se mostraram associados ao gênero, faixa etária e tipo de asma.

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

Referências

- American Lung Association (2000). Asthma in children Fact Sheet. Retrieved February 9, 2006, from <http://www.lungusa.org/asthma>
- Associação Médica Brasileira. (2006). Projeto Diretrizes. Diagnóstico e tratamento da asma brônquica. Recuperado fevereiro 9, 2006, disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes
- Beale, I. L. (2006). Scholarly literature review: efficacy of psychological interventions for pediatric chronic illnesses. *Journal of Pediatric Psychology, 31* (5), 437-451.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de comportamentos da infância e adolescência): dados preliminares. *Revista APB-APAL, 17* (2), 55-66.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Asthma prevalence, health care use and mortality. Retrieved February 9, 2006, from www.cdc.gov/nchs/data/asthmahealthestat.pdf
- Chaney, J. M., Mullins, L. L., Uretsky, D. L., Pace, T. M., Werden D., & Hartman V. L. (1999). An experimental examination of learned helplessness in older adolescents and young adults with long-standing asthma. *Journal of Pediatric Psychology, 24* (3), 259-270.
- Chatkin M. N., & Menezes A. M. B. (2005). Prevalência e fatores de risco para asma em escolares de uma coorte no sul do Brasil. *Jornal de Pediatria, 81*, 411-416.

- Falcone E. M. O. (2000). A evolução das habilidades sociais e o comportamento empático. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Vol.1, pp.49-77). Campinas: Papirus.
- Gavin, L. A., Wamboldt, M. Z., Sorokin, N., Levy, S. Y., & Wamboldt, F. S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe chronic asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (4), 355-365.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, J. (2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, 34 (8), 1465-1474.
- Halterman, J. S., Conn, K. M., Forbes-Jones, E., Fagnano, M., Hightower, D., & Szilagyi, P. G. (2006). Behavior problems among inner-city children with asthma: findings from a community-based sample. *Pediatrics*, 117 (2), 506.
- The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (1998). Worldwide variations in prevalence of asthma symptoms. *European Respiratory Journal*, 12 (2), 315-335.
- Katon, W. J., Richardson, L., Lozano, P., & McCauley, E. (2004). The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66 (3), 349-355.
- Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B.G. (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (7), 475-491.
- Mallol, J., Solé, D., Asher, I., Clayton, T., Stein, R., & Soto-Quiroz, M. (2000). Prevalence of asthma symptoms in Latin America: The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC). *Pediatric Pulmonology*, 30 (6), 439-444.
- Markson, S., & Fiese, B. H. (2000). Family rituals as a protective factor for children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (7), 471-480.
- McQuaid, E. L., & Walders, N. (2003). Pediatric asthma. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (pp.269-285). New York: Guilford.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P., & Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martinez Roca.
- Miller, B. D., & Strunk, R. C. (1989). Circumstances surrounding the deaths of children due to asthma: a case control study. *American Journal of Diseases of Children*, 143, 1294-1299.
- Miyazaki, M. C. O. S., Amaral, V. L. A. R., & Salomão Jr., J. B. (1999). Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais. In R. R. Kerbauy (Ed.), *Comportamento e saúde. Explorando alternativas* (pp.99-118). São Paulo: ARBytes.
- Miyazaki, M. C. O. S., Rizzo, K. R., & Salomão, J. B. (2005). Características e tratamento da asma na infância. In V. E. Caballo & M. A. Simon (Orgs.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente* (pp.349-61). São Paulo: Santos.
- Mrazek, D. A., Schuman, W. B., & Klinnert, M. (1998). Early asthma onset: risk of emotional and behavioral difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 247-254.
- Nelms, B. C. (1989). Emotional behavior in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (6), 657-688.
- Pedersen, S. (1997). What are the goals of treating pediatric asthma? *Pediatric Pulmonology*, 15 (Supl), 22-25.
- Sandberg, S., Paton, J. Y., Ahola, S., McCann, D. C., McGuinness, D., Hillary, C. R., Oja, H. (2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet*, 356 (9234), 982-987.
- Santos, E. O. L., Silveiras, E. F. M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 277-282.
- Silver, E. J., Warman, K. L., & Stein, R. E. (2005). The relationship of caretaker anxiety to children's asthma morbidity and acute care utilization. *Journal of Asthma*, 42(5), 379-383.
- Solé, D. (2005). International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): o que nos ensinou? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31 (2), 93-95.
- Thompson, R. J., & Gustafson, K. E. (1996). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wallander, J. L., Thompson Jr., R. J., & Alriksson-Schmidt, A. (2003). Psychosocial adjustment of children with chronic physical conditions. In M. C. Roberts (Ed.), *Pediatric psychology* (3rd ed., p.p.141-158). New York: Guilford.

Recebido em: 4/8/2006
Aprovado em: 12/12/2006