

Estresse em mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma: um estudo sobre a frequência do estresse e fatores estressores

Stress in mothers and caregivers of children and adolescents with asthma: study of the frequency of stress and stressors

Sandra Cairo¹, Clemax Couto Sant'Anna²

Resumo

O objetivo deste trabalho foi descrever a frequência do estresse e identificar fatores estressores em mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma, atendidas em um ambulatório público de pneumologia pediátrica do Rio de Janeiro, Brasil. Realizou-se estudo observacional, descritivo, quantitativo e qualitativo com 53 mães e cuidadoras de crianças/adolescentes com idades entre 2 e 12 anos que apresentavam diagnóstico de asma. Os resultados demonstraram a presença de níveis de estresse em 86,8% das entrevistadas. Houve associação entre o estresse e o tempo da primeira crise de asma da criança/adolescente, tempo de uso do medicamento, quantidade de estressores em relação à asma infantil e a escolaridade das mães/cuidadoras. Foram identificados como estressores fatores familiares, sociais, econômicos e emocionais, incluindo o cuidado da criança com asma. Identificar os fatores estressores relacionados à asma torna-se importante passo para a compreensão da doença, para a condução do tratamento nas crianças e, conseqüentemente, para o gerenciamento do estresse.

Palavras-chave: estresse psicológico; mães; cuidadores; asma; criança; adolescente.

Abstract

The objective of this study was to describe the frequency of stress and identify stressors in mothers and caregivers of children and adolescents with asthma attended in a pneumology public pediatric outpatient clinic in Rio de Janeiro, Brazil. Observational, descriptive, quantitative and qualitative study, with 53 mothers and caregivers of children/adolescents diagnosed with asthma, aged 2 to 12 years. The results demonstrated the presence of stress levels in 86.8% of participants. There was association between stress and the time since asthma onset, time the child/adolescent had been using medication, number of stressors regarding the childhood asthma and the education level of the mother/caregiver. The study identified family, social, economic and emotional factors as stressors, including the care of children with asthma. Identifying stressors related to asthma is an important step towards understanding the disease, treating the condition in children and, consequently, dealing with stress management.

Keywords: psychological stress; mothers; caregivers; asthma; child; adolescent.

Trabalho realizado no Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Doutoranda em Clínica Médica pela UFRJ; Psicóloga – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Doutor em Medicina pela UFRJ; Professor Associado da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Sandra Cairo de Oliveira Amaral – Rua Barão do Flamengo, 22, conj. 803 – Flamengo – CEP: 22220-080 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: cairosandra@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por limitação variável ao fluxo aéreo e acompanhada, na maioria dos casos, por hiperresponsividade brônquica. É uma doença que pode ser reversível, espontaneamente ou com tratamento¹. Considerada um dos grandes problemas de saúde, a asma afeta pessoas de todas as idades. Porém, na população infantil é uma das doenças com maior prevalência².

Fatores genéticos, ambientais, alérgicos, infecciosos, emocionais, além das relações interpessoais e aspectos psicossociais, estão envolvidos no desenvolvimento da asma, bem como na manutenção dos seus sintomas^{2,3}. Considerando tais fatores, as emoções, questões familiares, eventos de vida e situação sócio-econômica, incluindo fatores de estresse, estão recebendo cada vez mais atenção nos estudos dessa doença⁴.

O estresse, definido como uma reação psicofisiológica complexa que se inicia da necessidade do organismo de manter seu equilíbrio, passa a ser reconhecido como fator de risco, podendo impactar tanto no aparecimento e desenvolvimento da asma quanto no seu agravamento³.

No caso dos pais e cuidadores, a demanda no cuidado à criança com asma pode ser considerada um estressor, uma vez que a doença exige cuidados contínuos e adaptações na estrutura e vida familiar. O uso de medicações, visitas constantes a médicos e serviços de urgência, convivência com a dor e desconforto são alguns dos itens percebidos pelos pais como preocupação constante⁵. As mães, por sua vez, ocupam lugar de destaque em relação aos cuidados, uma vez que geralmente é a pessoa da família que mais precisa fazer adaptações em sua rotina, além de assumir maior responsabilidade pelos cuidados. No papel de cuidadora, a rotina dos cuidados diários, adaptações e mudanças constantes acabam por gerar nas mães grande cansaço físico e desgaste emocional, tornando essa população alvo de diferentes estressores, consequentemente levando a níveis elevados de estresse⁶.

A atenção às mães e cuidadoras é ponto muito importante, uma vez que seu equilíbrio e ajustamento psicológico é fator que influencia a resposta da criança à asma⁷. Características da personalidade, apoio de pessoas significativas e as próprias avaliações subjetivas de cada cuidadora determinarão suas respostas às demandas e sua forma de reagir aos eventos estressores e à própria doença da criança^{8,3}.

Diante da importância e interação dos temas asma infantil, estresse e mães/cuidadoras, este estudo teve como objetivo descrever a frequência do estresse em mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma e analisar, em caráter exploratório, o significado do estresse, bem como identificar estressores gerais e relacionados à asma da criança e do adolescente.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, descritivo quantitativo e qualitativo. Foram incluídas 53 mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma com idades de 2 a 12 anos, atendidas no ambulatório de pneumologia pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) durante o período de março a dezembro de 2012. Foram excluídas mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com outras doenças crônicas graves, como cardiopatias, doenças reumáticas e/ou renais, infecção pelo HIV, doenças neurológicas, genéticas e/ou músculo-esqueléticas.

O termo "cuidadora" foi utilizado nesse estudo considerando a pessoa que assume o cuidado e a responsabilidade da criança, não sendo considerada atividade remunerada^{9,10}.

A escolha por crianças a partir dos dois anos de idade se justificou pelo fato de o diagnóstico de asma no lactente e pré-escolar ser complexo e impreciso¹¹. A classificação da asma nas crianças e adolescentes obedeceu às IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma¹.

Por não encontrar pesquisas sobre estresse em mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma, o cálculo amostral foi feito com base em pesquisa sobre estresse em adultos realizada por Lipp¹², cujo percentual de estresse em mulheres foi de 77%. O cálculo do tamanho amostral, realizado através do programa Epiinfo 6.0, permitiria a inclusão de no mínimo 17 mulheres.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados no estudo foram:

Ficha padronizada para coleta de dados

Foi utilizado instrumento seguindo os parâmetros do questionário utilizado por Mendes¹⁰. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade da mãe/cuidadora, estado civil, parentesco (mãe ou cuidadora), número de filhos, escolaridade e situação profissional. A ficha também incluiu dados socioeconômicos como: número de pessoas que vivem no domicílio, constituição familiar, renda familiar e situação de moradia. Sobre dados das crianças e adolescentes, a ficha incluiu sexo e idade, bem como dados sobre a asma: época da última e da primeira crises, história familiar de atopia, presença de outras doenças, utilização de medicamentos e período de uso. A classificação da asma (intermitente, persistente leve, moderada e grave)¹ foi confirmada através do prontuário e do profissional que realizou o atendimento da criança e do adolescente.

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasileiro (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) foi utilizado para avaliação da classe socioeconômica da amostra.

A classe é definida através da soma de pontos atribuídos a determinados itens domiciliares, além do grau de instrução do chefe de família. São consideradas oito classes, em ordem decrescente: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E¹³.

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos

O Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) foi elaborado e validado em 1994 por Lipp e Guevara, e avalia a presença de estresse, o tipo de sintoma existente e a fase em que se encontra. É composto por 53 itens que descrevem sintomas físicos e psicológicos¹².

Questionário sobre Estresse e Asma

O Questionário sobre Estresse e Asma foi elaborado para esta pesquisa com o objetivo de descrever a percepção das mães e cuidadoras sobre o significado do termo estresse, bem como identificar os fatores geradores de estresse.

Segundo Cohen e Williamson¹⁴, uma das formas de analisar o estresse é mensurando a percepção do termo de forma global, identificando a presença de fatores estressores e seus sintomas físicos e psicológicos.

Composto por quatro questões, o questionário foi elaborado de forma objetiva, utilizando palavras simples e comuns, visando garantir a compreensão.

As questões foram apresentadas da seguinte forma:

1. O que é estresse para senhora?
2. A senhora se sente estressada?
3. Quais as 3 coisas que mais te deixam estressada?
4. Quais as 3 coisas que mais te deixam estressada em relação a asma do seu filho/criança/adolescente?

As questões 1 e 2 foram respondidas por todas as participantes. Para as entrevistadas que responderam negativamente à questão 2, as questões 3 e 4 não foram aplicadas.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPPMG/UFRJ, sob o número 15/10 em 21 de setembro de 2010. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

As mães e cuidadoras identificadas com a presença de estresse através do ISSL foram orientadas sobre a importância do controle do estresse e receberam indicação de serviços de psicoterapia gratuitos, além de encaminhamento para tratamento psicoterápico.

Análise dos dados

Para o estudo dos dados quantitativos, foi realizada análise estatística através do programa SPSS, versão 20.0, sendo

os dados numéricos expressos através de medidas de tendência central (média e mediana), com a variabilidade verificada através do cálculo do desvio-padrão (DP) e os dados categóricos expressos na forma de frequência (n) e percentuais (%). O nível de significância adotado foi de 5%. Para verificação de possíveis associações com significância estatística, utilizou-se o teste χ^2 , o teste exato de Fisher e o teste de Mann-Whitney, com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A razão de chance também foi calculada com seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Foram eleitas para o modelo de regressão logística as variáveis com significância estatística na análise descritiva, bem como variáveis consideradas de importância clínica em relação ao estresse e à asma infantil. As variáveis consideradas nesta análise foram numéricas e categóricas.

Para o cumprimento dos objetivos deste projeto, a análise qualitativa investigou a percepção do que é estresse e os fatores estressores gerais e específicos sobre a asma. Os dados foram analisados utilizando o método de análise de conteúdo do tipo temática e frequencial.

RESULTADOS

A população entrevistada foi de 44 (83%) mães e 9 (17%) cuidadoras de 53 crianças e adolescentes com diagnóstico de asma. A idade média das mães/cuidadoras foi de 36,19 anos (DP±9,02), e das crianças/adolescentes, de 7,42 anos (DP±3,04).

Das entrevistadas, 54,7% (29/53) eram casadas e 45,3% (24/53) solteiras; em 58,5% (31/53) das famílias, os pais da criança moravam juntos; 66% (35/53) dessas famílias tinham até dois filhos e 62,2% (33/53) habitavam em residências próprias.

Com relação à escolaridade, 20,7% (11/53) das mães/cuidadoras tinham o ensino fundamental incompleto, 34,0% (18/53), fundamental completo, 39,6% (21/53) havia concluído o ensino médio e 5,7% (3/53), com superior completo. Quanto à situação profissional, 41,5% (22/53) estavam empregadas e 58,5% (31/53) se encontravam em casa, cuidando dos filhos e da família.

Das famílias estudadas na pesquisa, 86,8% (46/53) tinham renda de até dois salários mínimos e 77,3% (41/53) das famílias classificadas eram da classe C (C1 e C2), segundo critérios do CCEB.

Do total das crianças e adolescentes, 45,3% (24/53) tinham asma persistente moderada; 32,1% (17/53), persistente leve, e 22,6% (12/53), intermitente. Em 64,2% (34/53) das crianças e adolescentes, não havia outra doença além da asma, e das 35,8% (19/53) que apresentaram outras doenças, 52,17% descreveram doenças alérgicas.

Do total de mães e cuidadoras, em 86,8% (46/53) foi identificada a presença de estresse. Devido à representação dessa população, as 46 mães e cuidadoras que apresentaram níveis de estresse foram o foco de estudo para as análises e associações. Para tais associações entre o estresse e as variáveis de estudo, considerou-se as quatro fases de desenvolvimento do estresse propostas por Lipp¹² (modelo quadrfásico), sendo que os agrupamentos foram feitos considerando o menor ou maior grau e frequência do estresse. Assim, as fases do estresse, em intensidade crescente, foram agrupadas da seguinte forma: fases alarme/resistência e fases quase-exaustão/exaustão.

Através da análise bivariada, foram calculadas as associações entre as variáveis coletadas e o estresse das mães e cuidadoras (Tabela 1).

Observando-se a tendência dos dados, foram realizados agrupamentos para verificação de associações com o estresse das mães/cuidadoras, conforme as Tabelas 2 e 3.

Utilizou-se a regressão logística (Tabela 4) para selecionar as variáveis com maior valor preditivo em relação ao desfecho (estresse das mães e cuidadoras). As variáveis consideradas foram descritas nas Tabelas 1 a 3, exceto a variável tempo do uso de medicamento, que só se aplicou a crianças que faziam uso de medicação.

Em relação à análise qualitativa, foram identificadas 114 definições de estresse. Destas, 75 (65,79%) demonstraram o estresse como forma de manifestação (efeito) e 39 (34,21%) relacionaram o estresse a itens que representaram fonte (causa). A partir da definição de estresse dada por cada uma das entrevistadas, ao serem perguntadas se sentiam-se estressadas, 66,05% (35/53) responderam afirmativamente, 26,41% (14/53) descreveram que sentiam-se assim às vezes e 7,54% (4/53) disseram que não se sentiam estressadas.

As mães e cuidadoras identificaram 123 estressores gerais. Destes, 22,78% (28/53) das entrevistadas identificaram como maior fator gerador de estresse as relações parentais (mãe/criança), e 21,95% (27/53) apontaram fatores psicossociais (moradia, situação financeira, trabalho). Sobre as relações que envolvem a família extensiva, 19,51% (24/53) das mães/cuidadoras apontaram essa relação como estressora, seguida da relação conjugal (14,63%; 18/53), de fatores pessoais (13,82%; 17/53) e relações sociais (7,31%; 9/53).

Foram apontados 85 estressores relacionados à asma da criança e do adolescente. Destes, 28,26% (24/53) estavam relacionados às manifestações clínicas da asma na criança/adolescente, e 21,17% (18/53), às atitudes práticas da cuidadora em relação à doença. Outros fatores apontados como geradores de estresse foram: em 14,11% (12/53), as limitações

Tabela 1. Associações entre as variáveis clínicas e o estresse das mães/cuidadoras

Variável	Fases do Estresse				RC	IC95%	Valor p*
	Alerta/Resistência		Quase-Exaustão / Exaustão				
	n	%	n	%			
Idade da criança (anos – Média±DP)	8,3±3,13		7,02±3,09				0,16**
Idade da mãe/ cuidadora (anos – Média±DP)	34,66±6,11		38,87±11,04				0,12**
Sexo da criança							
Masculino	16	72,7	16	66,7			
Feminino	6	27,3	8	33,3	1,33	0,37–4,72	0,65
Parentesco							
Cuidadora	1	4,5	6	25,0			
Mãe	21	95,5	18	75,0	0,14	0,01–1,30	0,06
História de atopia							
Sim	18	81,8	18	75,0			
Não	4	18,2	6	25,0	1,5	0,36–6,23	0,42
Outras doenças							
Sim	9	40,9	9	37,5			
Não	13	59,1	15	62,5	1,15	0,35–3,77	0,81
Uso de medicamentos							
Sim	16	72,7	22	91,7			
Não	6	27,3	2	8,3	0,24	0,04–1,36	0,09
Primeira crise (anos da criança) – mediana (mín–máx)	1,03 (0–11,61)		0,24 (0–8,52)				0,05**
Última crise (dias) – mediana (mín–máx)	61,0 (0–511)		19,0 (0–303)				0,12**
Tempo medicação (anos) – mediana (mín–máx)	0,66 (0,21–4,37)		1,57 (0–10,44)				0,02**

RC: razão de chances; IC: intervalo de confiança; DP: desvio padrão; mín: mínimo; máx: máximo.

*teste χ^2 ou Fischer; **teste de Mann-Whitney ou t de Student.

Tabela 2. Associações entre as variáveis sociodemográficas agrupadas e o estresse das mães/cuidadoras

Variável	Fases do Estresse				RC	IC95%	Valor p*
	Alerta/Resistência		Quase-Exaustão / Exaustão				
	n	%	n	%			
Estado civil							
Casada	13	59,1	12	50			
Solteira	9	40,9	12	50	1,44	0,45–4,64	0,53
Número de filhos							
≤2	15	68,2	14	58,3			
>2	7	31,8	10	41,7	1,53	0,45–5,13	0,48
Escolaridade							
Fundamental incompleto + completo	11	50	17	70,8			
Médio + Superior	11	50	7	29,2	0,41	0,12–1,38	0,14
Profissão da mãe/cuidadora							
Empregada	11	50	9	37,5			
Desempregada + Aposentada + Do lar	11	50	15	62,5	1,66	0,51–5,39	0,39
Renda familiar							
≤2 salários mínimos	19	86,4	21	87,5			
>2 salários mínimos	3	13,6	3	12,5	0,9	0,16–5,03	0,62
Classe Econômica							
A2 + B2 + C1	13	59,1	12	50,0			
C2 + D	9	40,9	12	50,0	1,44	0,45–4,64	0,53
Nº de pessoas que vivem no domicílio							
≤3	5	22,7	11	45,8			
>3	17	77,3	13	54,2	0,34	0,09–1,25	0,10
Situação de moradia							
Própria	15	68,2	15	62,5			
Não própria (aluguel, cedido, outros)	7	31,8	9	37,5	1,28	0,38–4,35	0,68
Constituição familiar							
Pais vivem juntos	13	59,1	14	58,3			
Pais não vivem juntos	9	40,9	10	41,7	1,03	0,31–3,34	0,95

RC: razão de chance; IC: intervalo de confiança; *teste χ^2 ou Fischer.**Tabela 3.** Associações entre variáveis agrupadas em relação à classificação da asma das crianças/adolescentes, o número de estressores descritos pelas mães/cuidadoras e o estresse das entrevistadas

Variável	Fases do Estresse				RC	IC95%	Valor p*
	Alerta/Resistência		Quase-Exaustão / Exaustão				
	n	%	n	%			
Classificação da asma							
Intermitente + Persistente leve	13	59,1	11	45,8			
Persistente moderada + Persistente grave	9	40,9	13	54,2	1,7	0,53–5,49	0,36
Quantidade de estressores gerais							
2 e 3 estressores	19	86,4	22	91,7			
0 e 1 estressor	3	13,6	2	8,3	1,73	0,26–11,51	0,45
Quantidade de estressores sobre a asma da criança							
2 e 3 estressores	6	27,3	15	62,5			
0 e 1 estressor	16	72,7	9	37,5	0,22	0,06–0,78	0,01

RC: razão de chance; IC: intervalo de confiança; *teste χ^2 ou Fischer.**Tabela 4.** Regressão Logística

Variável significativa	Coefficiente	EP	RC	IC95%
Quantidade de estressores sobre a asma da criança	2,22	0,84	9,24	1,78 – 48
Escolaridade	1,79	0,85	6	1,13 – 32

EP: erro padrão; RC: razão de chance; IC: intervalo de confiança.

provocadas pela asma; 14,11% (12/53), fatores socioeconômicos que envolvam a doença; 12,94% (11/53), impotência e/ou dúvidas das mães/cuidadoras, e em 9,41% (8/53), os serviços de saúde.

DISCUSSÃO

De acordo com literatura consultada, este foi o primeiro estudo que avaliou o estresse em mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma através de método quantitativo e qualitativo. Evidenciou-se elevada frequência de estresse nas mães e cuidadoras, representando 86,8% das entrevistadas, o que justificou a escolha desta população para a realização das análises e associações entre os níveis de estresse e as variáveis de estudo.

Com relação à percepção das próprias mães e cuidadoras, a maioria sentia-se estressada. Comparando essa percepção ao resultado obtido no instrumento de mensuração de estresse, o número apresentou-se muito próximo, reiterando sua adequação como medida de estresse no presente estudo.

Observou-se que o conhecimento do que é o estresse demonstrado pelas mães e cuidadoras está em consonância com o que é relatado na literatura. Lipp³ destaca que a palavra estresse tem sido utilizada para descrever tanto as manifestações do organismo (resposta comportamental diante do desequilíbrio do organismo) quanto os estímulos estressores ou fontes (estímulos que geram o desequilíbrio). Nesse estudo, a maior parte das pessoas entrevistadas entendia o estresse como sendo manifestações causadas pelo próprio organismo (Ex: irritação, nervosismo, cansaço, preocupação), sendo menor o número de entrevistadas que relacionaram o estresse a itens que representavam estímulos estressores (Ex: filhos, trabalho, aborrecimentos).

Fatores socioeconômicos como dificuldade financeira e questões ligadas ao trabalho foram mencionados pelas entrevistadas como geradores de estresse. A relação entre fatores econômicos e o estresse tem sido demonstrada por vários autores, como, por exemplo, Possatti e Dias¹⁵, cujo estudo mostrou que pessoas com status mais elevado apresentam índices mais baixos de estresse.

Na análise exploratória, o grupo das mães com maior nível de estresse tinha menor escolaridade. Uma pesquisa qualitativa brasileira sobre a asma infantil e o cuidado materno aponta que o cuidado à criança asmática muitas vezes é influenciado pelo desconhecimento da doença, e que este tem ligação com a baixa escolaridade das mães¹⁶. Por sua vez, Kub et al.¹⁷ demonstraram que o menor nível de escolaridade materna está muitas vezes relacionado à renda familiar, retomando, desta forma, a relação socioeconômica.

Nossos dados demonstraram que a maioria das entrevistadas vivia com os pais das crianças. Sobre as relações conjugais, Marinheiro¹⁸ ressalta que a existência de acordo matrimonial pode ser, eventualmente, um fator de apoio ou de estresse para a pessoa que cuida da criança asmática. Nossos dados qualitativos apontaram a relação conjugal como fator gerador de estresse, uma vez que essa relação pode valorizar as pessoas, mas pode também ter efeito devastador e ser considerada um fator de estresse¹⁵.

A maioria das mães e cuidadoras estava empregada, porém, ao agruparmos os demais itens sobre a situação profissional atual das cuidadoras (desempregadas, “do lar” e aposentadas), constatou-se que mais da metade não exercia atividade profissional no momento, dedicando-se ao cuidado das crianças e da casa. Achados de Mendonça e Ferreira¹⁹ sobre dificuldades enfrentadas por cuidadoras de criança com asma apontam que os cuidados diários e a atenção dada à criança com asma exigem grande dedicação das cuidadoras e são fontes geradoras de estresse. Esses fatores também são apresentados na literatura e apontam que o cuidado contínuo, as mudanças na rotina familiar e a dedicação por longos períodos de tempo ao paciente geram desgaste, assim como a convivência com fatores geradores de ansiedade e estresse^{5,20}. Além disso, a necessidade de adaptação da casa, como retirada de tapetes, plantas, cortinas e animais, além da limpeza constante do ambiente, são cuidados necessários e medidas de prevenção²¹.

As relações entre mães/filhos, categorizadas como relações parentais, representaram o maior número de itens considerados como estressores gerais. Dentre os mais citados, encontram-se desobediência e educação dos filhos e a presença da própria doença na criança/adolescente. Mondin²² afirma que relações inadequadas entre mães e seus filhos são condições propícias à geração de estresse.

As entrevistadas identificaram as relações intrafamiliares, relacionadas à família extensiva (avós e parentes), e as relações sociais (falta de compreensão, humildade e amor) como fatores geradores de estresse. A rede social e as figuras de apoio são fatores importantes nas relações, e o estresse oriundo desse campo, pode trazer sofrimento, isolamento e consequências que afetam outras áreas da vida²³. Além disso, as respostas ao estresse podem ser influenciadas pela rede de apoio que a família e a própria mãe possuem²⁴. Por outro lado, também foram apontados estressores que são completamente determinados pelo próprio indivíduo (pessoais internos), a exemplo do sentimento de impotência.

Dentre os estressores gerais, os itens que envolveram as relações (parental, conjugal, intrafamiliar e social) representaram a maioria (87,01%), demonstrando que os conflitos interpessoais

acabam por envolver maior desgaste¹⁵. Dando ênfase aos conflitos familiares e à sobrecarga de tarefas, Scherer et al.²⁵ apontam que esses estressores externos interferem no estado de equilíbrio da mulher.

Em relação aos estressores relacionados à asma da criança/adolescente, as manifestações clínicas, tais como falta de ar, cansaço, tosse e vômito, foram os fatores mais apontados. Tais sintomas manifestados pelas crianças podem provocar em seus cuidadores comportamento de apreensão e perdas¹⁹.

A utilização de serviços médicos e instituições públicas de saúde também estiveram presentes no relato das entrevistadas como fatores geradores de estresse relacionados à doença do filho. A demora no atendimento, a falta de atendimento de emergência e a localização distante dos hospitais foram itens relatados pelas cuidadoras. Podemos supor que tais dificuldades estejam relacionadas à modesta situação socioeconômica das famílias e à possível precariedade do atendimento em muitas unidades de saúde do sistema público.

Também foram identificados como fatores causadores de estresse nas cuidadoras as limitações das crianças/adolescentes em relação aos estudos (dificuldades escolares) e atividades físicas (não poder brincar), bem como o fato de as crianças dependerem do uso regular de medicamentos. Segundo estudos, a utilização frequente da medicação é fator presente na vida de crianças e adolescentes com asma^{17,26}.

Houve significância estatística entre o maior tempo de uso da medicação pela criança e o nível de estresse nas mães e cuidadoras, apontando a necessidade de administração contínua de medicação como um fator de estresse. Nossos dados mostraram que entre crianças que começaram a ter crise em idades mais baixas os níveis de estresse das mães eram mais elevados, contrariamente ao sugerido por alguns autores^{10,27}, de que a experiência adquirida ao longo do tempo de convívio com a doença poderia facilitar o manejo dos sintomas e levar à maior previsibilidade e controle. Porém, de acordo com trabalho de Tetelbon et al.²⁸, a administração e o uso continuado da medicação são fatores que potencializam o estresse, uma vez que as mães e cuidadoras se sentem muito exigidas.

Nossos dados demonstraram que quanto maior a quantidade de estressores identificados pelas mães em relação à asma da criança/adolescente, maior era o seu nível de estresse, revelando que fatores relacionados à asma eram percebidos pelas cuidadoras como fontes geradoras de estresse.

Identificar os fatores estressores relacionados à asma, bem como verificar sua intensidade, torna-se importante para compreensão da doença e para a condução do tratamento. Neste contexto, a família tem fundamental importância, uma vez

que funciona como sistema mediador das experiências, tendo a capacidade de reduzir ou aumentar o impacto dos estressores e a perturbação causada pela própria doença²⁹.

Os resultados dessa pesquisa permitiram identificar variáveis que contribuíram para o estresse nas mães e cuidadoras. Questões socioeconômicas, características da doença da criança/adolescente e percepção sobre fontes geradoras de estresse foram fatores que permearam os vários papéis desempenhados pelas entrevistadas, incluindo o de cuidadora, e tais papéis não podem ser analisados isoladamente quando estudamos o estresse. A alta frequência do estresse encontrada em nosso estudo e a identificação dos estressores destacam o impacto de fatores emocionais, sociais, econômicos e familiares, incluindo a asma da criança, na saúde da cuidadora. Assim, a presença e o nível de estresse nas mães e cuidadoras não pode ser justificado apenas pelo cuidado à criança e ao adolescente com asma, mas devemos também considerar seus aspectos biopsicossociais.

Intervenções e programas de políticas públicas de saúde que levem em consideração o impacto dos fatores emocionais no dia a dia das crianças/adolescentes com asma e de suas cuidadoras poderiam ser desenvolvidos, com o objetivo de estabelecer estratégias de acompanhamento e modificação de comportamento. Segundo estudo de Carmo, Andrade e Cerci Neto³⁰, um programa de controle da asma bem estruturado pode resultar na redução dos atendimentos de urgência decorrentes de crises asmáticas e contribuir na melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

Silva⁷ sugere novas propostas terapêuticas que englobem o envolvimento de equipes multiprofissionais integradas no tratamento e manejo adequado da asma, além de reforçar a necessidade de uma abordagem sistêmica do paciente asmático e seus familiares. Programas de saúde que também incluam as cuidadoras podem ser desenvolvidos para auxiliar a criança e a família a vivenciar a asma e oferecer estratégias de manejo do estresse.

Finalmente, tendo em vista que a pesquisa analisou mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma de um único contexto hospitalar, nossos achados podem contribuir para futuras investigações sobre o tema, assim como reforçar a necessidade de elaboração de programas de intervenção que envolvam pacientes pediátricos asmáticos e suas cuidadoras.

■ AGRADECIMENTO

A José Ignácio Tavares Xavier, Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela orientação e contribuição na etapa de interpretação dos dados.

REFERÊNCIAS

1. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (DBMA). *J Bras Pneumol*. 2006;32(Supl):S447-74.
2. Castellanos MEP. O adoecimento crônico infantil: processo e narrativa – contribuição para o estudo de pacientes com fibrose cística e asma [tese]. São Paulo (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.
3. Lipp MEN, organizadora. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. 3ª edição. São Paulo; Casa do Psicólogo: 2003. p. 17-21.
4. Wood BL, Miller BD, Lim J, Lillis K, Ballow M, Stern T, Simmens S. Family relational factors in pediatric depression and asthma: pathways of effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(12):1494-502.
5. Salomão Júnior JB, Miyazaki MCOS, Cordeiro JA, Domingos NAM, Valerio NI. Asma, competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes. *Est Psicol (Campinas)*. 2008;25(2):185-92.
6. Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol Reflex Crít*. 2002;15(3):625-35.
7. Silva NF. Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura. *Psicol Rev (Belo Horizonte)*. 2012;18(2):293-315.
8. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J, Borasche G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev Bras Educ Esp*. 2007;13(3): 415-28.
9. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1175-80.
10. Mendes MA, Sant'Anna CC, March MFBP. O estresse em crianças e adolescentes com asma. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2013;23(1):80-6.
11. Sarinho ES. Asma na urgência pediátrica: situações clínicas. Dúvidas comuns. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
12. Lipp MEN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). 3ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
13. Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil - Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2013. Disponível em: www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=02
14. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.
15. Possatti IC, Dias MR. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicol Reflex Crít*. 2002;15(2):293-301.
16. Santos RCAN. Asma Infantil: refletindo o cuidado materno [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2004.
17. Kub J, Jennings JM, Donithan M, Walker JM, Land CL, Butz A. Life events, chronic stressors, and depressive symptoms in low-income urban mothers with asthmatic children. *Public Health Nurs*. 2009;26(4):297-306.
18. Marinheiro PP. A família da criança com asma – fatores que influenciam a qualidade de vida [tese]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto; 2003.
19. Mendonça MB, Ferreira EAP. Adesão ao tratamento da asma na infância: dificuldades enfrentadas por cuidadoras. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2005;15(1):56-68.
20. Lopez M, Stuhler GD. Atendimento psicológico a mães de crianças com doença crônica: Relato de experiência. *Psicol Argum*. 2008;26(55):341-47.
21. Frota MA, Martins MC, Santos RCAN. Significados culturais da asma infantil. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):512-16.
22. Mondin EMC. Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicol Argum*. 2008;26(54):233-44.
23. Lipp MEN, Malagris LEN. Estresse: aspectos históricos, teóricos e clínicos. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Artmed; 2011. p. 617-32.
24. Kazak AE, Reber M, Carter A. Structural and qualitative aspects of social networks in families with young chronically ill children. *J Pediatr Psychol*. 1988;13(2):171-82.
25. Scherer MDA, Andrade SR, Mello ALSE, Bonetti A. O viver saudável e o viver não saudável: o significado para mulheres maduras e ativas. *Cad Saúde Colet*. 2007;15(1):131-46.
26. Berg J, Anderson NL, Tichacek MJ, Tomizh AC, Rachelefsky G. One gets so afraid: Latino families and asthma management – an exploratory study. *J Pediatr Health Care*. 2007;21(6):361-71.
27. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(4):552-60.
28. Tetelbom M, Falceto OG, Gazal CH, Shansis F, Wolf AL. A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 1993;60(1):5-11.
29. Mendes MA, Cairo S, Sant'Anna CC. Stress and asthma during childhood and adolescence. *Clin Pract*. 2013;10(5):641-47.
30. Carmo TA, Andrade SM, Cerci Neto A. Avaliação de um programa de controle da asma em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):162-72.

Recebido em: 25/09/2014

Aprovado em: 09/01/2015