



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde comunitária

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM CUIDADORES DE CRIANÇAS
ASMÁTICAS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

MARIA BEATRIZ BARRETO DO CARMO

Salvador, Março de 2007

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde comunitária

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM CUIDADORES DE CRIANÇAS
ASMÁTICAS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao colegiado do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Mestranda: Maria Beatriz Barreto do Carmo

Orientadora: Prof. Dra. Darci Neves Santos

Área de concentração: Epidemiologia

Salvador, Março de 2007

MARIA BEATRIZ BARRETO DO CARMO

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM CUIDADORES DE CRIANÇAS
ASMÁTICAS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Data da defesa: 30 de Março de 2007

Banca examinadora:

Profa. Dra. Darci Neves dos Santos (Orientadora) – Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA

Prof. Dr. Maurício Lima Barreto – Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA

Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ

Salvador, Março de 2007

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Paulo.

AGRADECIMENTOS

O mais importante agradecimento às famílias participantes do Projeto SACAALA, pela realização deste trabalho e contribuição com o conhecimento produzido.

A Deus.

À professora Dra. Darci Neves dos Santos, pelo exemplo de profissional dedicada e humana, e por todo o apoio, incentivo e ensinamentos transmitidos.

Ao Prof. Dr. Maurício Barreto, pela condução do Projeto SCAALA e por ter acolhido os fatores psicossociais neste estudo.

A Sérgio Cunha, pelo apoio e ajuda dados antes mesmo do meu ingresso no programa de mestrado e total disponibilidade durante todo este processo.

Às funcionárias do Instituto de Saúde Coletiva, Orlane Maria e Lene Dias, pela atenção, colaboração e carinho dispensados.

A Carlos Teles, Diorlene Oliveira, Lenaldo Azevedo, Magali Teresópolis, Leila Amorim e Rosemeire Fiaccone pelos esclarecimentos e orientações na análise estatística e utilização dos bancos de dados.

À Dirlane Silva Santos, pela parceria, troca de experiências e, especialmente, pela amizade sincera construída ao longo destes dois anos.

À Lucicleide Costa, pelo trabalho competente e dedicação.

À equipe de campo pelo compromisso e dedicação na coleta dos dados.

Aos amigos Thiago Pithon, Michele Vasconcelos, Isadora Oliveira, Isabel Lourenço e Cecília Simonetti, pela alegria da convivência..

A Marcela Bellas, pelo carinho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	VII
Abstract	VIII
Lista de figuras	XIX
Lista de tabelas	X
1 – Introdução	1
2 - Fatores psicossociais e asma: perspectivas históricas	5
3 - Saúde mental dos cuidadores e doenças crônicas na infância	8
4 – Modelo teórico da influência dos transtornos mentais maternos na gravidade de asma infantil	10
5 – Objetivos	11
Geral	11
Específicos	11
6 – Metodologia	12
7. – Análise estatística	15
7.1 – Variáveis do estudo	16
8- Resultados	18
9 - Discussão	26
10 – Referências bibliográficas	31
ANEXOS	36

1. INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônico-inflamatória que se caracteriza pela obstrução do fluxo aéreo e hiper-responsividade das vias aéreas inferiores, reversível espontaneamente ou com tratamento. Sua manifestação clínica caracteriza-se por episódios recorrentes de dispnéia, sibilância, aperto no peito e tosse, que ocorrem geralmente à noite e nas primeiras horas da manhã (BUSSE et al, 2001).

É considerada a doença crônica mais comum na infância, atingindo com maior frequência crianças residentes em centros urbanos (Wright, 2005; RIO, 2002; AMORIM, 2001; GODOY et al, 2001; BURNEY, 1990). Está incluída entre as doenças associadas a manifestações alérgicas, também conhecidas como atópicas, cuja prevalência tem sido elevada em muitos países, tornando-se uma preocupação no âmbito da saúde pública. O Brasil acompanha a tendência mundial de crescimento, sendo elevado o número de atendimentos de urgência e de internações em todo o país, representando o terceiro maior gasto do SUS – Sistema único de Saúde- com uma doença. (BRASIL, 2004; NUNES, 2004; RIO, 2002).

Nos estudos epidemiológicos, a asma é caracterizada a partir de um conjunto de questões referentes à sibilância, seja ela diagnosticada pelo médico ou observada pelos pais/cuidadores ou auto-observada. São também levadas em consideração neste tipo de estudo a persistência e a cronicidade dos sibilos (WRIGHT, 2005).

O recente Estudo Internacional sobre Asma e Alergia na Infância (ISAAC), mediu a prevalência da doença em diversas capitais mundiais. Sete estados brasileiros participaram da investigação, encontrando-se na cidade de Salvador prevalências de 25,6%, para crianças de 13 a 14 anos, e 17,3%, para o grupo etário entre 6 e 7 anos (AMORIM, 2001). Tais prevalências são elevadas se comparadas com percentuais encontrados em capitais como São Paulo, conhecida pelos altos níveis de poluentes ambientais, geralmente associados às altas prevalências da doença (PLATTS-MILLS et al, 2005; WRIGHT, 2005).

O paradigma atual da asma compreende a doença como resultante de um conjunto de interações complexas, que envolvem componentes genéticos e imunológicos, condições relacionadas especialmente às mudanças no estilo de vida e

crescente urbanização, como exposições ambientais, dieta, vacinação, uso de antibióticos e atividade física, além dos *fatores psicossociais*, também denominados na literatura de *fatores emocionais* ou *estresse*. (WRIGHT, 2005; PYRGOS, G. ET AL, 2004; K.C., 1994; HERBERT, 1993).

Todos estes fatores têm sido descritos na sua relação com a doença a partir da atual tendência explicativa para a asma, denominada Hipótese da Higiene. Essencialmente, a Hipótese da Higiene propõe que o aumento nas taxas de incidência de doenças crônicas, seja em parte resultante de mudanças ambientais e de estilo de vida, relativas à crescente urbanização (BRESCIANI, 2005; PLATTS-MILLS et al, 2005).

Especificamente nos estudos sobre asma, este conceito foi proposto por Strachan no ano de 1989, baseado na observação de uma correlação inversa entre rinite alérgica e número de pessoas na família. Postulou-se que a incidência de infecções era maior em famílias mais extensas, e que este aumento, por sua vez, reduzia o desenvolvimento de rinite alérgica (BRESCIANI, 2005; CUSTOVIC, 2005).

A partir desta observação inicial, elaborou-se uma hipótese que aponta para a interação de diversos fatores como responsáveis pelas altas prevalências de asma, destacando-se mudanças nas condições e estilo de vida decorrentes da urbanização, como aumento do uso de antibióticos, mudanças nos padrões de dieta, vacinação infantil, amamentação, exposição a infecções e poluentes ambientais, atividade física, dentre outros (BRESCIANI, 2005; K., C., 1994).

A relação entre sensibilização alérgica e estilo de vida conduziu à elaboração desta teoria, para a qual a exposição precoce a alérgenos, infecção por helmintos e contato com animais, como cães e gatos, seriam fatores protetores para a asma. (BRESCIANI, 2005; BORCHERS, 2005). Esta afirmação confronta o conhecimento estabelecido de que o contato com alérgenos, animais e ‘sujeira’ estariam indiscutivelmente associados às doenças alérgicas, sendo desencadeadores de crises de asma. (PLATTS-MILLS ET AL, 2005).

No entanto, discute-se a efetividade desta teoria em oferecer uma explicação adequada para o aumento da morbidade asmática. Um dos pontos de controvérsia refere-se ao aumento da prevalência de asma entre crianças que vivem em zonas pobres

dos centros urbanos, reconhecidamente mais 'sujas', expondo as crianças a infecções, contato com alérgenos e também com animais domésticos (PEARCE,2006; PLATTS-MILLS ET AL, 2005; BRESCIANI, 2005; HOLGATE, 2004; K., C., 1994).

Por outro lado, pode-se argumentar que, mesmo os habitantes de áreas pobres das zonas urbanas estão também sujeitos às mudanças relativas ao estilo de vida que decorrem do processo de urbanização, como aumento no uso de antibióticos, vacinação, mudanças nos padrões de alimentação, exercícios físicos, dentre outras. Apesar da plausibilidade da argumentação, o poder explicativo da hipótese da higiene para o acelerado aumento das taxas de prevalência de asma e outras doenças alérgicas precisa ser cuidadosamente investigado, visto que esta hipótese não parece ao menos sozinha, explicar este aumento (PEARCE, 2006).

Faz-se fundamental colocar em discussão que outros aspectos da urbanização poderiam explicar os aumentos globais nas taxas de prevalência de asma. Um ponto importante a ser destacado refere-se ao modo como a 'modernização' do estilo de vida afeta a saúde mental dos habitantes dos centros urbanos. Acerca deste tema, observa-se, nas últimas três décadas, a ocorrência de um acelerado processo de mudanças sociais, econômicas e políticas em todo o mundo, decorrentes do que convencionou-se chamar de globalização (De VOGLI, 2004).

As transformações nestes níveis afetam uma série de aspectos da vida dos indivíduos e da sua relação com a comunidade a qual estão inseridos. As mudanças no ambiente urbano atingem, em especial, pessoas que pertencem às camadas econômicas menos favorecidas da sociedade, pelo aumento da iniquidade e conseqüente exclusão social (De VOGLI, 2004).

Especialmente nas duas últimas décadas, os estudos epidemiológicos têm fornecido contribuições importantes para o entendimento da relação entre o ambiente social e a origem e curso de doenças, incluindo-se as doenças mentais (WRIGHT, 2005). A pesquisa científica em saúde mental tem focalizado os eventos de vida produtores de estresse (EVPE), também conhecidos como *stressful life events*, estudados enquanto fatores de risco importantes para o adoecimento mental (LOPES, 2003; LIPP, 2000; LIMA, 1996).

Na América Latina e no Brasil, em particular, observa-se um contexto social favorável à elevada prevalência de eventos de vida estressantes na população, como a acelerada industrialização e urbanização, desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e na distribuição de renda, condições de moradia inadequadas, desemprego, altas taxas de criminalidade e violência (SCHOR, 2004; MOORE, 2003).

A classe de distúrbios de ordem mental mais frequentemente associada às condições de vida e EVPE é a de transtornos mentais comuns (TMC), também conhecidos como transtornos mentais menores ou não psicóticos. Pesquisas realizadas para avaliar a prevalência de problemas de saúde mental da população brasileira têm demonstrado que cerca de 90% da morbidade psiquiátrica, nas populações estudadas, compõe-se de transtornos mentais comuns (MARAGNO, 2006).

Estes transtornos acometem com maior frequência mulheres, geralmente na faixa de 20 a 40 anos, o que permite inferir que são mulheres em idade fértil ou na fase de vivência da maternidade, sendo plausível pensarmos nas conseqüências dos mesmos sobre a saúde infantil (COSTA et al. 2002; HARPHAM et al., 2003). No caso específico da asma, supõe-se que esta relação se dê através de interferências geradas na qualidade do cuidado e vínculo com a criança, além de comportamentos de risco relacionados à doença, como padrões inadequados de aleitamento e hábito fumar, por exemplo, (REICHENHEIM, 2001; MIRANDA et al. 2000; CARVALHAES et al, 2002).

Posto este panorama acerca da alta prevalência dos transtornos mentais comuns na população adulta brasileira, e de sua provável relação com aspectos da saúde da criança, justifica-se a escolha do fator saúde mental para compor o presente estudo, sendo testada a sua relação com a gravidade de asma infantil.

O presente trabalho consistiu-se numa análise exploratória da relação entre um fator psicossocial do contexto familiar, representado pela saúde mental materna, e gravidade de asma infantil. É muito provável que a relação entre o ajustamento psicológico das mães e a condição asmática da criança reflita um padrão de influências recíprocas. Conforme este modelo, a presença de transtornos psicológicos reduziria a habilidade materna no manejo da doença, eliciando comportamentos relacionados ao aumento da sua gravidade. O estado de gravidade, por sua vez, influenciaria

negativamente o ambiente intrafamiliar, incluindo o ajustamento mental materno (WRIGHT, 2004; ORTEGA, 2004; WEIL, 1999). O presente estudo se propôs a investigar um dos aspectos deste modelo, testando a hipótese de que o ajustamento mental materno afeta a gravidade de asma em crianças.

No Brasil, ainda são escassos estudos abordando fatores psicossociais e sua relação com a gravidade de asma infantil, revelando uma lacuna importante no conhecimento sobre a ocorrência de asma e sua relação com fatores psicossociais. A retomada nesta última década de estudos nesta direção representa um desafio para o campo da psicologia (WRIGHT, 2004; WEIL, 1999; WRIGHT 1998).

Busca-se, com este trabalho, ampliar a compreensão da relação entre fatores psicossociais do contexto intrafamiliar e gravidade de asma infantil, procurando responder às seguintes questões: Como se caracteriza o perfil de saúde mental das mães de crianças asmáticas? Que tipo de relações se estabelecem entre o perfil de saúde materno e a gravidade da doença? Seria maior o nível de gravidade da condição asmática entre crianças cujas mães apresentassem índices mais elevados de transtornos mentais comuns?

2. FATORES PSICOSSOCIAIS E ASMA: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

Desde a antiguidade são feitas referências ao papel das emoções na etiologia e curso das doenças. O médico grego Hipócrates, definiu a asma como uma dificuldade para respirar, considerando os fatores emocionais como inerentes à sua sintomatologia (GREGERSON, 2000). Na idade média, o médico Moses Maimonides, em seu famoso Tratado sobre asma, destacou o papel das emoções na associação com a doença (HOLGATE, 2004).

No século XIX, Sir William Osler introduziu o conceito de *afecção neurótica*, que influenciou o estudo da doença por todo o período até o século XX. Antes de ser conhecida a base inflamatória para a doença, esta foi entendida por um

longo período de tempo como sendo de fundo *psicogênico*, comumente referida como ‘asma nervosa’ (MCKUSICK, 2000; WRIGHT, 1998; KLAUS, 1973).

O suporte científico para a associação entre fatores psicológicos e asma derivou de estudos realizados especialmente nos campos da psicologia, psiquiatria e psicanálise (Wright, 1998). As pesquisas eram, em grande parte, de base psicanalítica, e sugeriam a presença de um componente psicossomático para a doença (WRIGHT, 2005; HOLGATE, 2004; GREGERSON, 2000). Um expoente destes estudos foi Franz Alexander, do Instituto de Psicanálise de Chicago, que elaborou uma teoria sobre a asma e sua relação com o componente emocional, para a qual a doença era entendida como consequência de um conflito inconsciente que, em interação com predisposições constitucionais e estressores, ativa a doença. Este trabalho tornou-se o mais influente desta era (HOLGATE, 2004).

Esta visão dominou o campo da psicologia e da psicossomática durante as décadas de 70 e 80, com estudos de orientação psicanalítica produzindo um grande número de publicações sobre o tema (GREGERSON, 2000). Tratavam, geralmente, de observações clínicas e pesquisas com pequenas amostras, utilizando testes projetivos para definir características de personalidade e detectar desordens mentais- visando a identificação de aspectos específicos da personalidade dos asmáticos (QUEIROZ, 1960; QUEIROZ & STRAUSS, 1958; ANZIEU, 1981).

Os estudos psicanalíticos foram criticados pela não inserção da psicanálise no campo científico e pela ausência de diálogo com outros atores da comunidade científica. Esta limitação contribuiu para a ausência de integração entre a produção teórica psicanalítica e os conhecimentos produzidos por disciplinas como imunologia, endocrinologia, neurologia e genética (GREGERSON, M.B; 2000; HERBERT, 1993).

No início dos anos 90, com os avanços dos estudos sobre processos moleculares, muitas doenças que tinham os fatores emocionais como um dos elementos de explicação, tiveram sua compreensão enfatizada a partir de seus mecanismos biológicos, desaparecendo por uma década estudos sobre a relação entre fatores emocionais e asma (GREGERSON, M.B, 2000; HERBERT, 1993).

Ao final dos anos 90 observa-se uma retomada de estudos avaliando o papel dos fatores psicossociais sobre a condição asmática, influenciada por três importantes tendências, a saber: A primeira, refere-se ao aumento da prevalência de asma na última década do século passado, demandando esforços para definir fatores de risco etiológicos no desenvolvimento e expressão da doença. A segunda tendência inclui os fatores psicossociais na investigação da condição asmática a partir de seu paradigma atual, formulado por uma base inflamatória e imunológica. Avanços da psiconeuroimunologia relacionando estresse psicossocial, sistema nervoso central e alterações do funcionamento endócrino e imunológico, forneceram parâmetros biológicos plausíveis através dos quais o estresse influenciaria a expressão de doenças alérgicas, incluindo-se a asma (WRIGHT, 2005; WRIGHT, 2004).

A terceira tendência aponta para o crescente interesse acerca da relação entre ambiente psicossocial e saúde, retomada, particularmente, por estudos epidemiológicos prospectivos, que vêm demonstrando a associação entre estresse e uma série de doenças. Este novo contexto favorece uma mudança de paradigma, ao reconsiderar o papel dos fatores psicossociais no crescimento da prevalência da condição asmática (WRIGHT, 2005; WRIGHT, 2004).

A maioria dos estudos atuais aborda frequência de episódios asmáticos, hospitalizações e faltas escolares como aspectos de gravidade da doença, enquanto apoio social, níveis de saúde mental de cuidadores e da própria criança, tem caracterizado os fatores psicossociais investigados (WRIGHT, 2005; WRIGHT, 2004; ORTEGA, 2004; WEIL, 1999).

As razões para a associação entre saúde mental materna e gravidade de asma infantil ainda não se encontram bem estabelecidas. Seria plausível supor que em famílias cujas mães apresentam menor capacidade funcional, pela ocorrência de transtornos mentais, haja maiores dificuldades de adesão a planos de tratamento, assim como em relação aos cuidados gerais com a criança, aumentando por sua vez o risco de gravidade da doença. Supõe-se ainda que o aumento de comportamentos de risco, como o hábito de fumar entre cuidadores com transtornos mentais, estaria associado à elevação do número de episódios asmáticos. (MC DADE, 2005; WRIGHT, 2004; ORTEGA, 2004; WRIGHT, 2002; WRIGHT, 1998).

Uma outra vertente de explicação surgida atualmente, diante da reconhecida base inflamatória e imunológica da asma, propõe um novo caminho de inserção dos fatores psicossociais dentre os mecanismos implicados na complexa etiologia e expressão da doença. A Teoria do Estresse e sua relação com alguns sistemas orgânicos, especialmente o sistema imunológico, surge como uma explicação inovadora para os elementos que subjazem a relação entre fatores psicossociais e asma, estudadas até então como sendo mediadas por comportamentos eliciados e relacionados ao estresse psicossocial (WRIGHT, 2005; WRIGHT, 2004; GEIST, R, 2003; SAWYER, 2001; GREGERSON, M.B, 2000; DONOVAN, 1999). No entanto, as relações entre fatores psicossociais e sistema imunológico não se colocam como objeto do presente estudo, sendo apenas apontadas a título de se fazer conhecer uma tendência explicativa recente das pesquisas internacionais sobre asma.

3. SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES E DOENÇAS CRÔNICAS NA INFÂNCIA

Estudos têm apontado uma importante relação entre a saúde mental dos pais e a ocorrência de doenças na infância, especialmente o desenvolvimento de doenças crônicas (ORTEGA, 2004; GEIST, 2003; COMBS-ORME, 2002; FRANKEL, 1998). No caso específico da asma, estudos epidemiológicos clínicos provenientes tanto da literatura psiquiátrica quanto da literatura sobre asma têm documentado associações entre a doença e ansiedade e depressão maternas (WEIL et al, 1999).

Estudos mais recentes apontam para associação entre transtornos psiquiátricos maternos e asma infantil (WRIGHT, 2006; WRIGHT, 2005; SHALOWITZ et al., 2001; WEIL, 1999). Os problemas de saúde mental mais comumente relacionados à asma são: depressão pós-parto e outras condições depressivas não relacionadas à maternidade, ansiedade, além de questões que envolvem relacionamentos familiares conflituosos, ausência de apoio social e agressividade (ORTEGA, 2004; WEIL,1999; FRANKEL,1998). Dados de literatura apontam maiores níveis de ansiedade em pais de crianças asmáticas quando comparados aos de não asmáticas (SILVER, H, 2005; WRIGHT, 1998).

Além disso, crianças asmáticas cujos pais apresentam piores níveis de saúde mental são submetidas a um maior número de hospitalizações, o que reflete maior gravidade da doença (WEIL, 1999). Estes estudos indicam que o ambiente psicossocial infantil, a saúde mental dos pais e experiências emocionais negativas precoces têm papel importante no desenvolvimento, inclusive, de outras doenças crônicas na infância (WEIL, 1999).

Duas proposições sobre a relação entre transtornos psiquiátricos e asma têm sido discutidas na literatura: a primeira coloca a doença psiquiátrica como um fator que interfere no tratamento da asma, reduzindo a possibilidade do manejo adequado da doença pelos cuidadores (WEIL, 1999); na segunda, coloca-se a asma e suas conseqüências emocionais levando aos transtornos psiquiátricos dos cuidadores (WEIL, 1999). Pode-se observar, contudo, que não existe concordância na literatura acerca da relação temporal entre asma e transtornos mentais.

Apesar de muitos estudos terem documentado a existência da associação entre asma infantil e transtornos mentais dos cuidadores, especialmente das mães, existe pouca informação consistente acerca desta relação. Outra dificuldade se refere à escassez de estudos de base epidemiológica sobre o tema, predominando os estudos clínicos com amostras reduzidas.

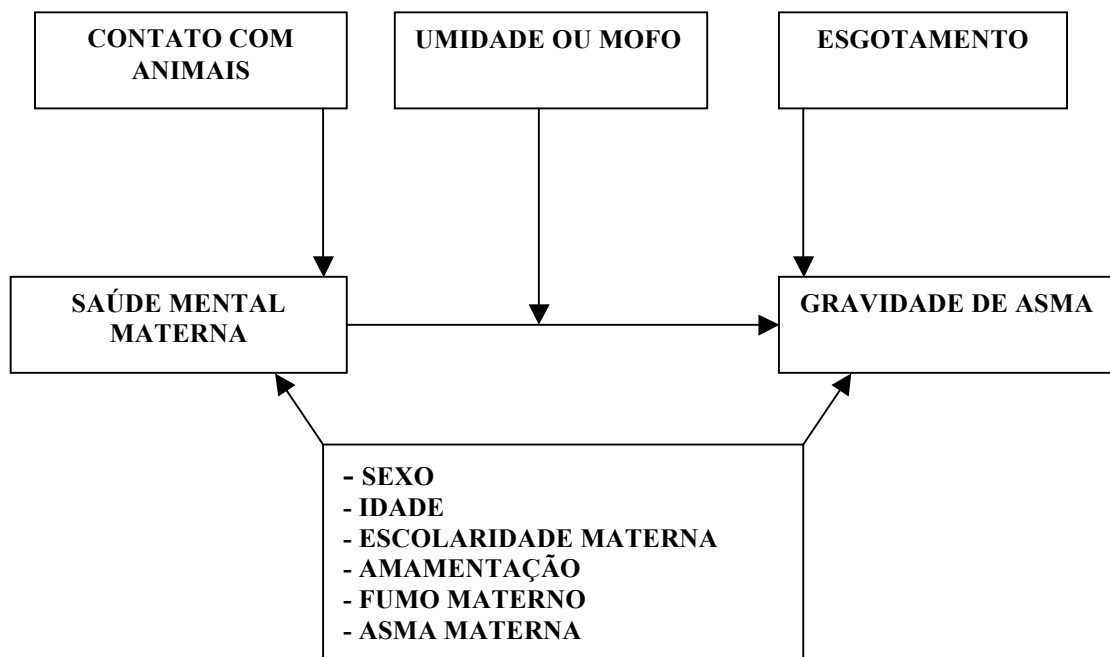
Neste ponto, mais uma vez se coloca a questão da causalidade reversa: o estado de saúde mental dos pais repercute sobre a condição asmática das crianças ou a condição de doença das crianças é que contribui para os problemas de saúde mental dos cuidadores? Para o entendimento desta relação, são necessários estudos mais aprofundados e de preferência longitudinais, para que as duas condições, saúde mental dos cuidadores e asma, sejam analisadas numa perspectiva de causalidade. No caso específico deste estudo, buscou-se observar a relação entre saúde mental materna e gravidade de asma infantil, seguindo esta direção, considerando a hipótese de que a presença de transtornos mentais maternos eleva a gravidade da condição asmática entre as crianças portadoras da doença.

4. MODELO TEÓRICO DA INFLUÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS MATERNOS NA GRAVIDADE DE ASMA INFANTIL

O modelo teórico proposto oferece o direcionamento para a melhor compreensão da relação entre saúde mental materna e gravidade de asma infantil (Figura 1), fundamentando-se na literatura sobre o tema. Compreende-se que a abordagem da relação entre saúde mental materna e gravidade de asma infantil é, necessariamente, complexa.

No entanto, mesmo sendo adotada uma abordagem teórica multivariada, não são eliminadas as dificuldades para captar todas as possíveis relações que explicam a associação investigada. Considerou-se nesta abordagem a possibilidade de algumas das covariáveis adotadas atuarem como fatores de interação ou modificadores de efeito. Neste sentido, teriam a propriedade de interagir com a associação principal e potencializar ou diminuir o efeito da variável independente principal, saúde mental materna, na gravidade de asma infantil (KLEINBAUM, 1982). Neste estudo serão testadas como possíveis modificadoras de efeito: Contato com animais no momento atual, presença de umidade ou mofo no momento atual e condições de saneamento. Visto que os resultados finais podem ser confundidos por covariáveis, estas devem ter seus efeitos neutralizados por meio de ajustes estatísticos. A literatura aponta como covariáveis confundidoras da associação entre saúde mental materna e gravidade de asma infantil: idade e sexo da criança, asma materna, escolaridade da mãe e uso de tabaco pela mesma e amamentação (WRIGHT, 2004; ORTEGA, 2004; WEIL, 1999).

FIGURA 1- RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL MATERNA E GRAVIDADE DE ASMA INFANTIL



5. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Verificar a associação entre níveis de transtornos mentais comuns das mães e gravidade de asma infantil em crianças de 05 a 12 anos, no município de Salvador-BA.

Específicos

- Identificar o nível de gravidade de asma entre crianças referindo sibilância nos últimos 12 meses;
- Identificar o nível de saúde mental das mães de crianças asmáticas graves e não graves assim como dos cuidadores de crianças não asmáticas;
- Verificar possível associação entre estado de saúde mental materna e gravidade de asma infantil.

6. METODOLOGIA

Local e desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido na cidade de Salvador-BA, integrado a um estudo longitudinal intitulado Social Changes, Asthma and Allergy in Latin América – SCAALA Salvador, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA e financiado pela Wellcome Trust, organização inglesa de fomento a projetos de excelência em todo o mundo.

População do estudo e tamanho da amostra

As crianças participantes do Projeto SCAALA fizeram parte de estudo anterior para avaliar o impacto de um programa sanitário na ocorrência de diarreia infantil. Este estudo incluía, originalmente, três coortes de crianças com idades entre 0 e 3 anos, recrutadas a partir de 24 microáreas selecionadas para representar a população sem esgotamento sanitário na cidade de Salvador, denominadas de áreas sentinelas (BARRETO, 2006). Visto que no referido estudo foram coletados dados relativos a fatores de risco para asma e outras doenças alérgicas, foram recrutadas para compor o Projeto SCAALA 1445 crianças provenientes deste estudo, com idades entre 05 e 12 anos.

Identificação da sub-amostra para este estudo

Crianças com idades entre 05 e 12 anos, de ambos os sexos, participantes da coorte SCAALA – Salvador. A amostra foi baseada no critério diagnóstico para asma em estudos epidemiológicos, representado pela presença de sibilância nos últimos 12 meses. Dentre os 1445 participantes da coorte SCAALA- Salvador, 417 (28, 8%) foram identificados dentro deste critério. No entanto, compõem a amostra do presente estudo 379 (26, 6%) sujeitos, visto que houve neste grupo 16 (3, 8%) perdas devido a mudança de endereço, tendo sido excluídas ainda 16 (3, 8%) crianças que tiveram como respondentes dos questionários demais cuidadores que não a mãe, com vistas a manter a

característica original do estudo de investigar as possíveis influências da saúde mental materna sobre a gravidade de asma infantil.

Foi utilizada ainda uma amostra de 636 (44%) crianças que responderam negativamente às questões sobre problemas respiratórios, com o objetivo de realizar uma comparação da distribuição das variáveis em estudo entre o grupo de crianças consideradas asmáticas, sob o critério de sibilância nos últimos 12 meses, e um grupo de crianças saudáveis para o desfecho em estudo.

Parecer ético

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, sendo aprovado em relação à sua pertinência ética. A participação das crianças se deu a partir da concordância dos responsáveis, que foram apresentados aos objetivos do estudo e convidados a participar e assinar o Termo de Consentimento Informado (ANEXO A).

Coleta de dados

Os dados acerca dos fatores psicossociais foram coletados no período de Janeiro a Novembro de 2006, no domicílio das crianças, por uma equipe constituída por profissionais e estudantes de psicologia, devidamente treinados na utilização dos instrumentos da pesquisa. As informações sobre problemas respiratórios e dados sócio-econômicos foram coletadas também no domicílio das crianças por outra equipe de entrevistadores devidamente treinados, entre os meses de Junho e Outubro de 2005. Os dados foram fornecidos pela mãe ou principal cuidador da criança.

Instrumentos de investigação

Questionário 1 - Dados sócio-demográficos

Dados sobre composição familiar, sexo e idade da criança, condições de moradia, saneamento básico e nível de escolaridade materna foram fornecidos pela mãe ou responsável pela criança, obtidos através de questionário padronizado (ANEXO B).

Questionário 2- Dados sobre transtornos mentais comuns dos cuidadores

Utilizado o instrumento de diagnóstico psiquiátrico SRQ-20 (Self Report Questionnaire), questionário estruturado desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 1994). Tem como objetivo identificar casos suspeitos de transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia) em populações sem médicos especialistas (MARI & WILLIAMS, 1988; HARDING, 1998). Possui respostas dicotômicas do tipo sim/não, referindo-se à presença ou ausência de sintomas relativos a estes transtornos na maior parte do tempo durante o último mês. O questionário pode ser auto-aplicável ou aplicado por entrevistador treinado, sendo recomendado em populações de baixa renda a aplicação pelo entrevistador (COSTA ET AL., 2002, WHO, 1994; HARPHAM ET AL., 2003; COSTA E LUDERMIR, 2005).

O instrumento foi validado por estudo nacionais e internacionais (WILKINSON, 1997; LIMA, 1996) com sensibilidade variando de 62,9% a 90%, e especificidade, de 44% a 95%. Estudo realizado no Brasil apontou sensibilidade de 85% e especificidade de 80%, tendo como padrão a entrevista psiquiátrica (LUDERMIR ET AL, 2002). No presente estudo, foi utilizado o ponto de corte 5/6, ou seja, a presença de transtorno mental é indicada por, pelo menos, 6 respostas positivas (ANEXO C).

Questionário 3 - Asma e problemas respiratórios: ISAAC (International Study of Allergy and Asthma in childhood):

Questionário empregado para medir a prevalência e gravidade de asma, aplicado nos responsáveis pelo grupo de crianças, constituintes da coorte. (Amorim, 2001) (ANEXO B).

Crêterios de elegibilidade de casos

Participaram deste estudo crianças com idades entre 05 e 12 anos que responderam positivamente ao critério de sibilância nos últimos 12 meses, pertencentes a 23 microáreas das 24 que compõem o estudo. A participa o esteve também condicionada   concordância dos pais/responsáveis mediante o consentimento informado por escrito.

Para efeito de análise, apenas as crianças que apresentaram informa es completas referentes ao SRQ e ISAAC foram consideradas. As demais foram excluídas do estudo. Foram também desconsideradas deste estudo as crianças cujos respondentes do SRQ foram outros cuidadores que não são mães, com vistas a manter a característica original do estudo de investigar as possíveis influências da saúde mental materna sobre a gravidade de asma infantil.

7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados no Programa EPI-Info versão 6.0 com dupla entrada, no intuito de diminuir os erros de consistência. Para análise dos dados foi utilizado o programa STATA versão 9.0.

Inicialmente, foi realizada análise descritiva da popula o em estudo, sendo examinadas as diferenças existentes entre casos, agrupados em graves e não graves, e o grupo de sadios, através da estimativa de χ^2 de *Pearson*. Numa segunda etapa, foi calculada a medida de associa o bruta (odds ratio) entre estado de saúde mental materna e gravidade de asma infantil com seu respectivo intervalo de confiança a 95%, através da estimativa de *Mantel-Haenszel*. Posteriormente, procedeu-se com a análise estratificada, verificando a associa o entre saúde mental e gravidade de asma em cada estrato das co-variáveis, utilizando-se a mesma estimativa anterior.

Para o processo de modelagem, mediante o modelo logístico, utilizou-se a estratégia *backward*, adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) na

identificação das variáveis que contribuíram para o ajuste do modelo de regressão logístico. Posteriormente, procedeu-se a verificação da presença de variáveis de confusão, observando-se se a medida de associação do modelo completo (saúde mental e gravidade de asma) diferia da medida de associação do modelo reduzido em 10% ou mais, além dos achados de literatura. Os termos de interação foram testados no modelo logístico e ao final constatou-se ausência de possíveis covariáveis modificadoras de efeito em relação à associação principal, assumindo-se o p-valor < 0,05 (teste da razão de verossimilhança).

7.1. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável dependente

Gravidade de asma

A variável resposta deste estudo é representada pela gravidade de asma infantil, tendo sido utilizados os seguintes marcadores: dificuldade para falar devido a chiado no peito, despertar devido ao chiado uma ou mais vezes por semana e ocorrência de chiado no peito durante ou após exercícios físicos, todas as questões referindo-se aos 12 meses anteriores. Considerou-se como asma grave a presença de um ou mais marcadores de gravidade. As crianças que não referiram nenhum dos três critérios foram caracterizadas como portadoras de asma sem gravidade (AL-THAMIRI et al, 2005; SOLE et al, 2005).

Variáveis independentes

Independente principal: Transtornos mentais comuns entre as mães

As respondentes foram classificadas segundo o escore obtido pelo SRQ-20 em dois grupos assim definidos: suspeito, quando atingiu um escore igual ou maior que seis, e não suspeito, se a pontuação foi igual ou menor que cinco. O ponto de corte utilizado permitiu a inclusão de casos limítrofes entre os suspeitos.

Covariáveis

Relacionadas à criança

Foram utilizadas idade, sexo, amamentação ao peito e contato atual com animais.

- a) Idade da criança em anos – Categorizada em menor ou igual a 7 anos como exposição (1) e igual ou maior a 8 anos como referência(0).
- b) Sexo da criança – utilizou-se o feminino como categoria de referência (0) e masculino como exposição(1).
- c) Amamentação – refere-se ao tempo de aleitamento materno, categorizado como adequado (≥ 5 meses), sendo esta a categoria de referência (0) e inadequado (≤ 4 meses) como exposição (1).
- d) Contato com animais – Refere-se ao contato com animais no momento atual (cães e gatos), considerando-se *não* como categoria de referência (0) e *sim* como exposição (1).

Relacionadas à mãe

- a) Escolaridade materna - refere-se à série de estudo da mãe biológica ou substituta. Foi categorizada em três níveis: satisfatória, como “segundo grau completo a superior completo”, insatisfatória como “primário completo a ginásio incompleto” e inadequada, como “analfabeto a primário incompleto”, sendo esta a categoria de exposição (1).
- b) Asma materna – refere-se à informação sobre a doença asmática materna, considerando-se a presença como exposição (1) e ausência como referência(0).
- c) Fumo materno – Diz respeito ao hábito de fumar da mãe. Esta variável foi categorizada de acordo com três níveis: fumo atualmente, fumo durante o primeiro ano de vida da criança e fumo durante a gestação. As respostas positivas para estas três categorias foram consideradas exposição (1) e negativas como referência (0).

Relacionadas ao ambiente

- a) Saneamento – refere-se ao destino dos dejetos sanitários (fezes e urina) da habitação. Foram considerados destinos adequados a deposição dos dejetos na rede de esgoto, rede de drenagem e fossa séptica, consideradas como referência (0) e como insatisfatório as

opções “buraco escavado”, “escadaria drenante” e “canal ou vala a céu aberto na rua, riacho ou mar”, categorizadas como exposição (1).

b) Umidade ou mofo – Diz respeito à presença de manchas de umidade ou mofo nas paredes e no teto do domicílio, no momento atual. A presença foi considerada exposição (1) e a ausência referência (0).

8. RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição das crianças estudadas de acordo com as características individuais, maternas e ambientais, comparando asma grave, não grave e grupo sadio. Prossegue-se com a análise estratificada comparando-se crianças com asma grave e não grave na tabela 2. A tabela 3 apresenta uma distribuição dos percentuais dos sintomas psíquicos avaliados pelo SRQ-20 e na tabela 4 estão as *Odds ratio* da associação entre estado de saúde mental materno e gravidade de asma infantil ajustada pelas potenciais covariáveis de confusão

Examinando as características da população estudada segundo gravidade de asma e estado saudável, observou-se um predomínio do sexo masculino entre as crianças asmáticas graves (59, 3%), enquanto que para o grupo de menor gravidade este percentual foi de 46, 1%. Entre as crianças sadias, a variável sexo se distribuiu de forma homogênea, sendo do sexo masculino 50,1% da amostra. No que se refere à idade da criança, 78, 8% daqueles com maior gravidade pertencem a faixa etária menor ou igual a 7 anos, estando nesta mesma faixa etária a maioria das crianças entre os não graves (83, 3%) e entre os não asmáticos (65, 8%).

Encontrou-se baixos percentuais para ausência de amamentação ao peito: 4,1% e 7,7% para asmáticos graves e não graves respectivamente e 3,9 % no grupo dos sadios. Em relação ao contato atual com animais, 33, 5% entre os mais graves tiveram contato com cães e gatos, 30, 5% entre os não graves e 28, 0% entre os sadios. Observou-se que 18, 5% das mães de asmáticos graves pertenciam ao grupo com precário nível de instrução formal, sendo este percentual de 13, 4% no grupo de menor gravidade e 12, 8% entre os sadios. A maioria das mães fumantes pertencia ao grupo de

maior gravidade asmática (13, 3%), enquanto entre os não graves este percentual foi de 6, 8%. Em relação aos sadios, apenas 8, 3% das mães eram fumantes. Encontrou-se um percentual mais elevado de transtornos mentais maternos no grupo de asmáticos graves (65, 8 %), contra 60, 0% de mães de crianças não graves e 42, 7% entre mães de crianças sadias.

Um percentual de 12 % das mães no grupo de maior gravidade referiu historia pessoal de asma, sendo este percentual de 14, 0% no grupo de menor gravidade e 5, 7% entre os sadios. Constatou-se que 71,3% dos domicílios dos asmáticos graves apresentou umidade ou mofo, sendo este percentual de 68, 3% entre os de menor gravidade e 59, 9% entre os sadios. A variável condição de saneamento se distribuiu de forma homogênea, observando-se 16, 6% de condições inadequadas entre os mais graves, 15, 8% entre os de menor gravidade e 16, 9% entre os sadios (tabela 1). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos no que diz respeito à amamentação, contato com animais, escolaridade materna e saneamento.

Quando comparadas somente as crianças asmáticas na análise exploratória, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) apenas para as variáveis: sexo da criança e hábito materno de fumar (Dados não mostrados). Dentre os 379 casos utilizados neste estudo, foram observadas 12 casos com informações incompletas.

Tabela 1- Características da população de estudo de acordo a gravidade de asma e o estado saudável

Variáveis	Asmáticos				Não asmáticos		P- valor*
	Graves		Não graves		n	%	
	{n = 199}		{n = 180}				{n = 636}
	n	%	n	%	n	%	
Sexo da criança							
Masculino	118	59,3	83	46,1	319	50,1	0,025
Feminino	81	40,7	97	53,8	317	49,8	
Idade da criança							
< = 7 anos	157	78,8	150	83,3	419	65,8	<0,001
> = 8 anos	42	21,1	30	16,6	217	34,1	
Amamentação							
Sim	191	95,9	166	92,2	608	96,0	0,088
Não	8	4,1	14	7,7	25	3,9	
Contato atual com animais							
Sim	46	33,5	33	30,5	132	28,0	0,439
Não	91	66,4	75	69,4	339	71,9	
Escolaridade materna							
Analfabeto/Fundamental inc.	36	18,1	24	13,4	80	12,8	0,208
Fundamental comp/ E. médio	114	57,5	97	54,1	356	56,9	
E. Médio comp/ Sup. comp.	48	24,4	58	32,4	189	30,2	
Hábito de fumar							
Sim	26	13,3	12	6,8	51	8,3	0,055
Não	169	86,6	164	93,1	561	91,6	
Saúde mental materna							
Suspeito	131	65,8	108	60,0	272	42,7	<0,001
Não suspeito	68	34,1	72	40,0	364	57,2	
Asma materna							
Sim	24	12,0	25	14,0	36	5,7	<0,001
Não	175	87,9	153	85,9	595	94,2	
Umidade ou mofo no domicílio							
Sim	142	71,3	123	68,3	381	59,9	0,005
Não	57	28,6	57	31,6	255	40,0	
Saneamento							
Adequado	165	83,3	149	84,1	524	83,0	0,938
Inadequado	33	16,6	28	15,8	107	16,9	
Pearson Chi2							

Observou-se na tabela 2 que dentre o conjunto de sintomas classificados como ‘Humor depressivo ou ansioso’, a maior proporção para todos os itens foi encontrada no grupo de asmáticos graves, destacando-se para este grupo o sintoma *assusta-se com facilidade* (54,5%). Para o grupo de menor gravidade, o sintoma deste primeiro conjunto com maior percentual foi *sentir-se nervosa, tensa ou preocupada* (46,9%).

No conjunto de ‘Sintomas somáticos’, os maiores percentuais, considerando-se todos os itens, também foram para o grupo de maior gravidade, sendo a mais elevada para o sintoma *falta de apetite* neste grupo (62,9%). Para o grupo não grave, o sintoma *sensações desagradáveis no estômago* alcançou o maior percentual dentre os ‘sintomas somáticos’ (48,7%). No bloco ‘Decréscimo de energia vital’, o padrão de percentuais mais elevados em todos os sintomas se repete para o grupo de maior gravidade destacando-se 60,6% para o sintoma *dificuldade de pensar com clareza*; Para o grupo de menor gravidade predominou o sintoma *dificuldades de realizar com satisfação suas atividades*, com um percentual de 48,2%.

Em relação ao conjunto de sintomas ‘Pensamentos depressivos’, observa-se um maior percentual para o sintoma *idéia de acabar com a vida* entre os não graves com 53,6%, o mais elevada percentual neste grupo. Entre os asmáticos graves o percentual deste sintoma foi de 46,3%. Em relação aos demais sintomas, os percentuais foram maiores para o grupo de maior gravidade, exceto para *sentir-se uma pessoa inútil*, com frequência igual entre os dois grupos. Houve significância estatística apenas para os sintomas *falta de apetite* e *dificuldade de pensar com clareza* (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência dos grupos de sintomas psíquicos avaliados pelo SRQ-20, segundo gravidade asmática.

Grupo de sintomas	Graves (N=199)		Não Graves (N=180)		P valor*
	n	%	n	%	
<i>Humor depressivo/ansioso</i>					
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada	155	53,0	137	46,9	0,681
Assusta-se com facilidade	125	54,5	104	45,4	0,317
Tem se sentido triste ultimamente	120	53,8	103	46,1	0,543
Tem chorado mais do que de costume	57	52,7	51	47,2	0,947
<i>Sintomas somáticos</i>					
Tem dores de cabeça freqüentes	119	59,8	97	45,0	0,246
Dorme mal	99	54,4	83	45,6	0,479
Tem sensações desagradáveis no estômago	79	51,3	75	48,7	0,697
Tem má digestão	57	52,7	51	47,2	0,947
Tem falta de apetite	95	62,9	56	37,9	0,001
Tem tremores nas mãos	60	57,6	44	42,3	0,214
<i>Decréscimo de energia vital</i>					
Cansa-se com facilidade	96	57,8	70	42,1	0,067
Tem dificuldade em tomar decisões	80	56,3	62	46,3	0,248
Dificuldades de realizar com satisfação suas atividades	73	51,7	68	48,2	0,826
Seu trabalho é penoso	41	58,5	29	41,4	0,260
Sente-se cansado o tempo todo	100	57,4	74	42,5	0,075
Dificuldade de pensar com clareza	71	60,6	46	39,9	0,033
<i>Pensamentos depressivos</i>					
É incapaz de desempenhar papel útil em sua vida	34	64,1	19	35,8	0,067
Tem perdido o interesse pelas coisas	63	53,0	56	47,0	0,909
Tem tido a idéia de acabar com a vida	19	46,3	22	53,6	0,403
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	30	50,0	30	50	0,672

*Chi2 de * Pearson

A tabela 3 abaixo mostra a associação entre saúde mental materna e gravidade de asma estratificada por cada variável de estudo. A análise univariada revelou associação positiva, porém não estatisticamente significativa, entre estado de saúde mental materna e gravidade de asma, indicando que crianças cujas mães apresentaram problema de saúde mental possuíam maior prevalência de asma grave do que aquelas cujas mães apresentaram melhor nível de saúde mental (OR = 1,28; 95% IC: 0,84 – 1,94).

Nos estratos das demais variáveis presentes na tabela 3, verificou-se uma associação positiva entre saúde mental materna e gravidade de asma. Entretanto, essas estimativas não são estatisticamente significantes, o que não nos permitiu afirmar que há evidência de efeito. Ainda em relação à tabela 3, não foi observada a presença de variáveis de confundimento (bruto – ajustado/bruto x 100) e modificadoras de efeito (p-valor > 0,05).

Tabela 3. Análise estratificada da associação entre saúde mental materna e gravidade de asma, Salvador-BA, 2006.

Covariáveis	N	OR*	IC (95%)	Teste de Mantel – Haenszel
Associação bruta	379	1,28	0,84 – 1,94	
Sexo da criança				
Masculino	201	1,17	0,65 – 1,12	
Feminino	178	1,28	0,70 – 2,33	
Ajustada	379	1,22	0,80 – 1,87	0,341
Idade da criança				
< = 7 anos	307	1,31	0,82 – 2,09	
> = 8 anos	72	1,33	0,52 – 3,38	
Ajustada	379	1,31	0,86 – 2,00	0,201
Amamentação				
Sim	357	1,31	0,85 – 2,01	
Não	22	1,2	0,18 – 7,34	
Ajustada	379	1,30	0,85 – 1,99	0,209
Contato atual com animais				
Sim	79	1,33	0,54 – 3,26	
Não	166	1,42	0,75 – 2,69	
Ajustada	379	1,32	0,82 – 2,34	0,211
Escolaridade materna				
Analfabeto/Fundamental inc.	60	1,62	0,56 – 4,69	
Fundamental comp/ Ens. médio	211	0,99	0,56 – 1,75	
Ens. Médio comp/ Superior. comp.	106	1,55	0,71 – 3,37	
Ajustada	379	1,22	0,80 – 1,86	0,352
Hábito de fumar				
Sim	38	0,27	0 - 1,37	
Não	333	1,46	0,93 – 2,28	
Ajustada	379	1,28	0,83 – 1,95	0,248
Asma materna				
Sim	49	0,65	0,20 – 2,07	
Não	328	1,37	0,87 – 2,15	
Ajustada	379	1,24	0,82 – 1,89	0,249
Umidade ou mofo no domicílio				
Sim	265	1,11	0,68 – 1,82	
Não	114	1,93	0,86 – 4,28	
Ajustada	379	1,29	0,85 – 1,97	0,221
Saneamento				
Adequado	314	1,35	0,85 – 2,12	
Inadequado	65	1,08	0,37 – 3,17	
Ajustada	379	1,30	0,85 – 1,99	0,210

Ao contrário da análise estratificada, onde não foi verificada a presença de confundimento (tabela 3), as variáveis sexo e idade da criança, amamentação e saneamento apresentaram-se como variáveis de confusão (tabela 4). No entanto, na regressão logística, nada foi encontrado no que diz respeito à presença de interação entre as variáveis. A variável hábito de fumar, apesar de não se comportar como confundidora, foi estatisticamente significativa e importante para o ajuste do modelo, sendo então selecionada para compor o modelo final da análise.

Tabela 4- Odds ratio da associação entre estado de saúde mental materna e gravidade de asma em crianças ajustada pelas potenciais covariáveis de confusão.

Modelo	OR*	IC (95%)	Δ%
Saúde mental materna**			
Não suspeito			
Suspeito	1,29	0,83 – 2,00	
Covariáveis			
Sexo da criança	1,73	1,13 – 2,65	18,3
Idade da criança	0,66	0,38 – 1,14	15,5
Amamentação	2,15	0,81 – 5,75	10,3
Saneamento	1,06	0,59-1,89	13,1
Hábito de fumar	2,45	1,16-5,18	1,2

* Odds Ratio

** OR ajustada

Δ% : variação da análise de confundimento
 $(\beta \text{ bruto} - \beta \text{ ajustado}) / \beta \text{ bruto} \times 100$

Logito (gravidade de asma) = $\beta_0 + \beta_1$ Saúde mental materna + β_2 sexo + β_3 idade + β_4 amamentação + β_5 saneamento + β_6 hábito de fumar do cuidador

9. DISCUSSÃO

A prevalência de asma na população estudada foi considerada elevada (28%), quando comparada à prevalência de 17,3% obtida para a cidade de Salvador para crianças com idade entre seis e sete anos. No entanto, é comparável à prevalência encontrada para crianças entre 13 e 14 (25, 6%) (MAIA, 2004; AMORIM, 2001). Certamente, a caracterização de asma a partir da *sibilância nos últimos 12 meses* contribuiu para a alta prevalência observada. Embora utilizado em outros estudos, este critério é considerado amplo, sendo sugerida a sua associação com informações sobre uso de medicamentos específicos para asma, tornando-se assim mais preciso (MAIA et al, 2004). Porém, neste estudo não foi possível a utilização dos dois critérios, pela indisponibilidade de informações sobre medicamentos no período de análise dos dados.

Foi utilizada uma amostra de crianças consideradas sem doenças respiratórias com o objetivo de comparar a distribuição das variáveis entre os grupos e traçar um perfil da população de onde foram retirados os casos de asma. Entre as crianças saudáveis, foram observadas menores prevalências em relação ao contato atual com animais, presença de umidade ou mofo no domicílio, escolaridade materna insuficiente e hábito de fumar, quando comparados aos percentuais do grupo de maior gravidade. Em relação às variáveis transtornos mentais e asma materna, os menores percentuais também foram observados no grupo de crianças sadias.

Os dados deste estudo demonstraram que as crianças pertencentes ao grupo de maior gravidade apresentaram um maior percentual para o sexo masculino e idade igual ou menor que sete anos. Além disso, observou-se no grupo de maior gravidade, percentuais mais elevados para nível de escolaridade insuficiente e hábito materno de fumar. Prevalência mais elevada de transtornos mentais comuns foi encontrada no grupo de crianças com maior gravidade asmática, sendo também mais elevadas as prevalências para contato atual com animais e presença de umidade ou mofo no domicílio, no grupo de maior gravidade.

No que se refere ao sexo da criança, o estudo de Weil (1999) apontou um maior percentual de crianças do sexo masculino entre os mais graves, assim como

encontrado no presente estudo. No entanto, não há ainda na literatura elementos suficientes para demonstrar a relação entre sexo e gravidade de asma. Uma possibilidade de explicação refere-se ao fato de haver mais casos de asma entre indivíduos do sexo masculino, o que já é reconhecido na literatura sobre o tema (MORALES et al, 2001). Em relação à variável histórico de asma materna, esta tem sido relacionada mais especificamente a casos de asma entre crianças, estando a sua associação com a gravidade da doença ainda não esclarecida. Em nosso estudo, o histórico de asma materna não esteve associado à gravidade entre asmáticos.

Encontrou-se uma prevalência de 63% de transtornos mentais comuns entre as mães de crianças asmáticas. No que se refere à gravidade, encontrou-se uma prevalência de 65,8% para os mais graves e 60% para os menos graves. Para o grupo de não asmáticos, a prevalência de transtornos mentais comuns maternos foi de 42,7%

Em relação às prevalência de transtornos mentais comuns na população brasileira, estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro encontrou uma prevalência de 54,6% de distúrbios psiquiátricos comuns para mulheres entre 21 e 30 anos e 53,3% para o grupo de 31 a 40 anos (KAC et al, 2006). Estudos realizados em serviços de saúde de São Paulo e Porto Alegre mostraram que aproximadamente 50% dos pacientes atendidos apresentavam algum transtorno mental comum (IACOPONI, 1989; MARI, 1987; BUSNELLO et al., 1983). Estes estudos referem-se à população de mulheres sem relacioná-las à condição de saúde dos filhos ou a demais fatores. Deste modo, observa-se que a prevalência encontrada no presente estudo para transtornos mentais comuns maternos na população de sadios, apesar de um pouco mais baixa, foi comparável às encontradas nos estudos citados.

No que se refere à prevalência de transtornos mentais comuns entre mães de crianças asmáticas, estudo realizado nos Estados Unidos apontou uma prevalência de 55,7% de desordens mentais para este grupo (WEIL, 1999). No presente estudo, a prevalência encontrada foi mais elevada(63%), o que pode estar relacionado ao ponto de corte utilizado (5/6), visto que se assumiu a inclusão de casos limítrofes.

Este estudo demonstrou que a condição de saúde mental materna está associada com a gravidade de asma infantil, sugerindo que a presença de transtornos mentais comuns entre as mães contribuiu para a gravidade de asma, muito embora esta

associação não tivesse atingido significância estatística. Deste modo, os resultados obtidos com a análise da associação entre saúde mental materna e gravidade de asma infantil devem ser tomados com ressalva, devido ao reduzido poder que a amostra apresentou em detectar estas associações.

A presença de distúrbio mental materno contribuiu para a gravidade de asma infantil independente do contato com animais, da presença de umidade ou mofo no domicílio, da escolaridade e asma maternas, visto que, quando ajustada para estas variáveis, a medida de associação não sofreu modificação.

As variáveis sexo e idade da criança, amamentação e saneamento, comportaram-se como fatores de confusão. Outro estudo também apontou as variáveis idade e sexo da criança como fatores de confusão e, mesmo após o ajuste, a associação entre saúde mental materna e gravidade de asma permaneceu positiva (WEIL, 1999). A variável hábito de fumar foi incluída no modelo final da análise devido à sua significância estatística e importância para o ajuste do modelo, além da sua relevância epidemiológica na relação com a gravidade de asma. A literatura demonstra que as chances de uma criança asmática ter sintomas noturnos, ou seja, acordar devido a chiados no peito e /ou falta de ar, são três vezes maiores quando os pais são fumantes (CHUGH, 2006; MORKJAROENPONG, 2002). Após o ajuste para as variáveis citadas a associação permaneceu positiva embora não significativa do ponto de vista estatístico.

Conclui-se que a prevalência de asma entre crianças de 05 a 12 anos foi considerada elevada (28%), assim como a prevalência de transtornos mentais entre as mães destas crianças (63%). Os asmáticos graves diferem quanto ao sexo, sendo maior a prevalência de crianças do sexo masculino, predominantemente de famílias de baixa escolaridade e com maior exposição ao fumo. As mães de crianças graves apresentaram as maiores prevalências de transtornos mentais comuns.

Apesar deste estudo não ter alcançado significância estatística na demonstração de associação positiva entre o estado de saúde mental materno e gravidade da asma infantil, outros trabalhos confirmam o achado. Investigação realizada por Ortega (2004) em Porto Rico, demonstrou que piores níveis de saúde mental materna estiveram associados a maior número de crises de asma entre as crianças. Além disso, entre as crianças com histórico de crises de asma recorrentes, havia maior

prevalência de sintomas depressivos maternos (ORTEGA, 2004). Estudo realizado por Weil (1999), demonstrou que transtornos mentais comuns dos cuidadores esteve relacionado com maior número de dias de sibilância entre crianças asmáticas. Outros estudos apontam a existência de mais casos de depressão entre mães de crianças asmáticas quando comparadas à mães de crianças não asmáticas (SHALOWITZ et al, 2006).

Limitações do estudo

Ao interpretar os achados do presente estudo, é preciso considerar que os dados sobre doenças respiratórias e saúde mental materna foram coletados em momentos diferentes, tendo sido a coleta destes últimos iniciada três meses após o final da coleta dos demais. Os dados sobre saúde mental se referiam ao último mês, enquanto as informações sobre doenças respiratórias se referiam ao último ano, o que limita a interpretação dos achados sobre transtornos mentais na sua relação com a gravidade asmática. Além disso, o critério utilizado para diagnosticar gravidade de asma sofreu limitações devido à ausência de diagnóstico clínico para a mesma, tendo sido utilizados “marcadores de gravidade”, que não incluíram informação sobre o uso de medicamentos específicos para asma.

Embora tenha sido verificada associação positiva na relação entre saúde mental materna e gravidade de asma em crianças - ressalvando-se a ausência de significância estatística - a literatura neste campo nos remete para a complexidade e multicausalidade da doença asmática, não podendo ser explicada por um fator isolado.

Considerações finais

Estudos epidemiológicos têm auxiliado na compreensão da complexa interação de fatores tanto no desenvolvimento quanto na gravidade de asma. Os achados aqui expostos revelam uma associação entre a saúde mental materna e gravidade de asma. No entanto, o modo como esta relação se dá ainda carece de esclarecimentos, podendo o presente estudo oferecer uma contribuição modesta neste campo. Dada a complexidade de fatores envolvidos e considerando-se a reciprocidade entre eles, este estudo não pode oferecer informações consistentes acerca da direção para a relação entre a saúde mental materna e a gravidade de asma.

Algumas suposições orientam a indagação sobre potenciais mecanismos envolvidos na relação entre saúde mental materna e gravidade de asma infantil. É possível que a ansiedade e medo sentidos pelas mães de crianças asmáticas graves favoreçam um aumento de transtornos mentais neste grupo. Mães de crianças asmáticas podem experimentar uma maior sobrecarga com os cuidados com a criança e preocupações em relação à sua saúde, o que pode também conduzir a problemas de saúde mental. Outra explicação parte do pressuposto de que, crianças asmáticas cujas mães apresentam maiores níveis de problemas mentais, apresentam maior exacerbação da doença, dada a convivência num ambiente estressante e ansiogênico (Ortega, 2004; Wright, 2005).

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de investigações que verifiquem tal associação, em todas as suas possibilidades, aprofundando o papel da saúde mental materna dentre os mecanismos que atuam de forma complexa na gravidade asmática.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-THAMIRI D, AL-KUBAISY W, ALI SH. Asthma prevalence and severity among primary-school children in Baghdad. **East Mediterr Health Journal**. Vol 11(1-2):79-86, 2005.

AMORIM, A.J. DANELUZZI, J.C. Prevalence of asthma in school-age children. **Jornal de Pediatria**. 2001. n 77. pp. 197-202.

ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Rio de Janeiro: Campos. 1981.

BARRETO, M. et al. Risk factors and immunological pathways for asthma and other allergic diseases in children: background and methodology of a longitudinal study in a large urban center in Northeastern Brazil (Salvador-SCAALA study). **BMC Pulmonary Medicine**. n 6:15, 2006.

BRASIL. Organização Pan- Americana da Saúde/ OMS: **A saúde no Brasil**. Brasília, 2004.

BRESCIANI, M. *et al.* hygiene hypothesis: does it function worldwide? **Rev Allergy Clin immunology**. 2005, Vol 5. pp: 147–151.

BURNEY PG, CHINN S, RONA RJ. Has the prevalence of asthma increased in children? Evidence from the national study of health and growth 1973-86. **BMJ**. Vol 300:1306-10, 1990.

BUSSE W.& LEMANSKE R.F. Asthma. **N Engl J Med**. Vol 344:350-. 362, 2001

CHUGH, I.M. *et al.* Nocturnal symptoms and sleep disturbances in clinically stable asthmatic children. **Asian Pac J Allergy Immunol**. Vol 24(2-3):135-42, 2006.

DE VOGLI, R. Change, psychosocial stress and health in an era of globalization. Health and social upheaval Working paper. **John D. and Catherine T. MacArthur Foundation**, Chicago, USA, 2004.

DONOVAN, C. *et al.* Immune mechanisms of childhood asthma. **Thorax**. Vol 54, 1999.

COKE, F. Asthma. New York: W Wood, 1923. APUD GREGERSON, M.B. The Curious 2000. Year Case of Asthma. **Psychosomatic Medicine**. Nov 2000.m. 62(6). Pp. 816-27.

COMBS-ORME *et al.* Comorbidity of mental health problems and chronic health conditions in children. **Journal of emotional and behavioral disorders**. Vol.10, no.2 pp: 116 – 125, 2002.

CUSTOVIC, A.; MURRAY, C; SIMPSON, A. Allergy and infection: understanding their relationship. **Allergy**. Vol: 60 (Suppl. 79): 10–13, 2005.

FITSCHER, C. C.; D. SOLÉ AND N. ROSÁRIO. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. **J Pneumol**. Vol 28 (Suppl. 1): pp:1-51, 2002.

FRANKEL, K; WAMBOLD, MZ. Chronic childhood illness and maternal mental health--why should we care? **Journal Asthma**. 1998; 35(8):621-30.

GEIST, R. *et al.* Psychosocial issues in the child with chronic conditions. **Best practice and research clinical gastroenterology**. Vol 17.Suppl. 2. pp:141-152, 2003.

GODOY, D.V. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. **J Pneumol**. Vol 27(4) – Jul-Ago, 2001.

HARDING, T.W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**. Vol 10:231-42, 1980.

HOLGATE, T. The 2003 sir William Osler lecture: Lessons learnt from the epidemic of asthma. **QJ Med**. Vol 97. pp 247-257, 2004.

ISAAC Steering Committee (The International Study of Asthma and Allergies in Children Steering Committee). Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. **Lancet**. Vol 351:1225-32, 1998.

KLAUS, M. The enigma of asthma. **Psychosomatic medicine**. Vol 35, N 3, 1973.

K., C. Epidemiology and childhood asthma. **Eur Resp Rev**, 4: 5-9, 1994.

KLEINBAUM, D. G. *Logistic Regression – a self-learning text*. Springer- Verlag. 1992.

LIMA, M. S. et al. Stressful Life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Psychiatry Medicine**. Vol 26:211-22, 1996.

LIPP, M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev. Psiq. Clín.** Vol 28 (6):347-349, 2000.

LOPES, C S.& FAERSTEIN, E. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saúde Study. **Caderno de Saúde Pública**. Vol 19, n. 6, 2003.

LUDERMIR, A.B; COSTA, A.G. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005.

MAIA, J.G.et al. Prevalence of asthma and asthma symptoms among 13 and 14-year-old schoolchildren, Brazil. **Rev. Saúde Pública**. Vol.38, no.2, p.292-299, Apr 2004.

MARI J.J; WILLIAMS, P.A. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. **Br J Psychiatry**.Vol 148:23-6, 1996.

MCKUSICK, V.A. & MCGEHEE, H.A. Osler's textbook revisited: Reprint of selected sections with commentaries. New York:Appleton-Century-Crofts; 1967.APUD Gregerson, M.B. The Curious 2000. Year Case of Asthma. **Psychosom Med**, Nov 2000, Vol 62. pp. 816-27.

MOORE, M. GLOBALURBANIZATION AND IMPACT ON HEALTH **Int. J. Hyg. Environ. Health** Vol 206: 269-278, 2003.

MORAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, Ago, 2006.

MORKJAROENPONG, V. et al. Environmental tobacco smoke exposure and nocturnal symptoms among inner-city children with asthma. **Journal Allergy clinic and immunology**. Vol 110(1):147-53., 2002.

NUNES, I.C.C & SOLE, D. Epidemiologia da asma e da rinosinusite. In: Cruz, A. & Lopes, A. **Asma: um grande desafio**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

ORTEGA, A.N. et al. Parental mental health, childhood psychiatric disorders, and asthma attacks in island Puerto Rican youth. **Ambul Pediatr**. 2004 Jul-Aug;4(4).pp:308-15.

PEARCE, N. The Latin American exception: why is childhood asthma so prevalent in Brazil? **Jornal de Pediatria** - Vol. 82, N°5, 2006.

PLATTS-MILLS et al. Is the hygiene hypothesis still a viable explanation for the increased prevalence of asthma? **Allergy**. 2005, Vol 60. Suppl. 79.pp: 25–31.

QUEIROZ, A.M. Os desajustamentos da criança asmática: uma contribuição à psicologia clínica quanto a seu conteúdo e às suas técnicas. **Revista de psicologia normal e patológica**. Vol 6, n°3.pp: 369-620, 1960.

QUEIROZ, A.M. & STRAUSS, A. Contribuições psicológicas à clínica da criança asmática. **Revista de psicologia normal e patológica**, Vol 4, n° 2. pp:83-94, 1958.

REICHENHEIM, M. E.; e HARPHAM, T. Maternal Mental Health in a squatter settlement in Rio de Janeiro. *British Journal of Psychiatry*. 159, 683-690. 1991.

RIO, E.M.B. *et al*. Mortalidade por asma no Município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2002;36 (2):149-54.

SAWYER, M.G. The relationship between asthma severity, family functioning and the health-related quality of life of children with asthma. **Quality of Life Research**. Vol, 9. pp 1105-1115, 2001.

SHALOWITZ *et al*. Context matters: a community-based study of maternal mental health, life stressors, social support, and children's asthma. **Pediatrics**. May;117(5):940-8, 2006.

SILVER, H. et al. The relationship of caretaker anxiety to children's asthma morbidity and acute care utilization. **Journal of Allergy**, n 79. pp 25-31, 2005.

SOLE D, CAMELO-NUNES IC, WANDALSEN GF, MELO KC, NASPITZ CK. Is rhinitis alone or associated with atopic eczema a risk factor for severe asthma in children? **Pediatric Allergy & Immunology** Vol 16(2):121-5, 2005.

WHO. *A user's guide to self-reporting questionnaires*. Geneva: Division of mental health, WHO, 1994.

WRIGHT, R. et al. Review of psychosocial stress and asthma: and integrated biopsychosocial approach. **Thorax**. N 53. pp. 1066-1074. 1998.

WRIGHT, R. et al. Chronic caregiver stress and IgE expression, allergen-induced proliferation, and cytokine profiles in a birth cohort predisposed to atopy. **Journal Allergy & immunology**. Vol. 113, n 6. 2004.

WRIGHT, R. et al. The impact of stress on the development and expression of atopy. **Current opinion in allergy and clinical immunology**. N 5. pp 23-29, 2005.

WEIL Et al. The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. **Pediatrics**. Vol 104(6):1274-80, 1999.

WILKINSON R. Health inequalities: relative or absolute material standards? **BMJ**. Vol 314:591-5, 1997.

WRIGHT et al. Population disparities in asthma. **Annual Review Public Health**. Vol 26, 2005.

WRIGHT, R. et al. Parental stress as a predictor for wheezing in infancy. **American Journal of Respiratory disease**. Vol 165, 2002.