



INSTITUTO POLITÉCNICO
DO CÁVADO E DO AVE
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO



O Adolescente com Asma Brônquica e Pais: Avaliação de Conhecimentos Contributos para a Melhoria da Gestão dos Cuidados de Saúde

Maria de Lourdes Felizardo Félix

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para a obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão das Unidades de Saúde

Orientada por:

Professora Doutora Carminda Morais

Professora Doutora Manuela Cerqueira

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Viana do Castelo, Outubro de 2017



INSTITUTO POLITÉCNICO
DO CÁVADO E DO AVE
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO



O Adolescente com Asma Brônquica e Pais: Avaliação de Conhecimentos Contributos para a Melhoria da Gestão dos Cuidados de Saúde

Maria de Lourdes Felizardo Félix

Orientada por:

Professora Doutora Carminda Morais

Professora Doutora Manuela Cerqueira

Viana do Castelo, Outubro de 2017

Resumo

A asma, sendo uma doença crónica responsável por uma série de limitações, com consequência na vida quotidiana das pessoas, é suscetível de ser gerida de forma mais eficaz, designadamente através de um nível aprofundado de conhecimentos específicos. Estes aspetos devem constituir preocupação central dos profissionais de saúde, em particular quando atingem grupos vulneráveis como crianças e adolescentes. Assim, enquanto enfermeira numa consulta de pediatria de um hospital de agudos, decidimos estudar o nível de conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e pais, que frequentam esta consulta.

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo transversal correlacional. A população é constituída por adolescentes, com asma brônquica, inscritos na consulta de Pediatria, de um hospital da região norte, com idades compreendidas entre 10 e 18 anos e os pais. A população ficou assim constituída por 92 adolescentes e 91 pais. A recolha de dados foi efetuada a partir do questionário “*Asthma Knowlledge Questionnaire*” (Ho et al., 2003), traduzido e validado para a população Portuguesa (Lopes, Delgado & Ferreira, 2004) e de um questionário para caracterização sociodemográfica/clínica, enviados por correio. Os resultados obtidos a partir da resposta de 42 de adolescentes e 41 pais revelam que a os primeiros são maioritariamente do sexo masculino (73,8%), com habilitações académicas entre o 1º e o 3º ciclo (71,4%), sendo a média de idades \pm desvio padrão (DP) de $13,5 \pm 2,4$ anos. Responderam maioritariamente mães (82,9%), com escolaridade também entre o 1º e 3º ciclo e com a média de idades de 42,8 anos.

No que concerne aos conhecimentos, a evidência produzida aponta para congruência entre pais e filhos, em termos de nível e grupos de respostas mais e menos conseguidas. No âmbito do primeiro grupo constam os sintomas de crise, fatores desencadeantes, tratamento e evolução da doença e do segundo o conceito de alérgico e do mecanismo de ação do broncodilatador. Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre os conhecimentos e a idade, o sexo, a escolaridade, quer de pais, quer de filhos. Também não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre conhecimentos e o recurso aos serviços de urgência.

Conclui-se que o nível de conhecimentos é diminuto, desafiando os profissionais de saúde a recorrer a novas estratégias promotoras da capacitação de pais e adolescentes na gestão efetiva desta patologia.

Palavras-chave: Asma brônquica, conhecimentos dos adolescentes e pais.

Resumen

El asma, siendo una enfermedad crónica responsable por unas cuantas limitaciones, con consecuencias en la vida cotidiana, es susceptible de ser regida de una forma más eficaz, en particular a través de un nivel profundizado de conocimientos específicos. Estos aspectos deberán constituir una preocupación central de los profesionales de la salud, particularmente cuando atingen grupos vulnerables como niños e adolescentes. Así, como enfermera en una consulta de pediatría de un hospital de agudos, decidimos estudiar el nivel de conocimientos de los adolescentes con el asma bronquial y los padres que frecuentan esta consulta.

Se trata de un estudio cuantitativo, del tipo descriptivo transversal correlacional. La población es constituida por adolescentes, con el asma bronquial, inscritos en la consulta de pediatría de un hospital de la región norte, de 10 a 18 años y padres. La población se quedó así constituida por 92 adolescentes y 91 padres.

La recogida de datos fue efectuada según un cuestionario "Asthma Knowledge Questionnaire" (Ho et al., 2003), traducido y validado para la población portuguesa (Lopes, Delgado & Ferreira, 2004) y de una encuesta para la caracterización sociodemográfica/clínica, enviados por correo.

Los resultados obtenidos a partir de la respuesta de 42 adolescentes y de 41 padres revelan que los primeros son mayoritariamente del sexo masculino (73,8%), con habilitaciones académicas de 1^{er} a 3^o ciclo (71,4%), siendo la media de edades \pm desvío padrón (DP) de 13,5 años \pm 2,4 años. Respondieron mayoritariamente a madres o (82,9%), con escolaridad también de 1^{er} a 3^o ciclo y con una media de edades de 42,8 años.

En lo que concierne los conocimientos, la evidencia producida apunta para la congruencia entre padres e hijos, en termos de nivel y de grupos de respuestas más o menos conseguidas. En el ámbito del primer grupo constan los síntomas de crisis, factores desencadenantes, tratamiento e evolución de la enfermedad y del según el concepto de alergénico y de lo mecanismo de acción del broncodilatador.

No se verificaran relaciones estatísticamente significativas entre los conocimientos y la edad, el sexo, la escolaridad, de los padres o de los hijos. También no fueran detectadas relaciones estatísticamente significativas entre el conocimiento y el recurso a los servicios de urgencia.

Se concluí que el nivel de conocimientos es bajo, desafiando los profesionales de la salud a recorrer a nuevas estrategias promotoras de capacitación de padres e adolescente en la gestión efectiva de esta patología.

Palabras clave: asma bronquial, conocimientos de los adolescentes y de los padres.

Summary

Asthma is a chronic disease that is responsible for a number of limitations, with consequences in people's daily lives, it can be managed more effectively, in particular through an in-depth level of specific knowledge. These aspects should be a central concern of health professionals, particularly when reaching vulnerable groups such as children and adolescents.

Thus, as a nurse at a pediatric clinic of an acute hospital, we decided to study the level of knowledge of adolescents with bronchial asthma and parents who attend this consultation.

This is a quantitative study, of the cross-sectional descriptive type. The population consists of adolescents, with bronchial asthma, enrolled in the pediatrics clinic, from a northern region hospital, aged between 10 and 18 years and parents. The population was therefore made up of 92 adolescents and 91 parents.

Data were collected from the Asthma KnowlEdge Questionnaire (Ho et al., 2003), translated and validated for the Portuguese population (Lopes, Delgado & Ferreira, 2004) and a questionnaire for sociodemographic / clinical characterization, sent by mail.

The results obtained from the response of 42 adolescents and 41 parents revealed that the first ones are mainly males (73.8%), with academic qualifications between the 1st and 3rd cycle (71.4%), mean age \pm standard deviation (SD) of 13.5 years \pm 2.4 years. The parents are predominantly female (82.9%), with schooling also between the 1st and 3rd cycle and the mean age of 42.8 years.

With regard to knowledge, the evidence produced points to congruence between parents and children, in terms of level and groups of responses more and less achieved. The first group includes the symptoms of crisis, triggering factors, treatment and evolution of the disease and the second the concept of allergen and the mechanism of action of the bronchodilator.

There were no statistically significant relationships between knowledge and age, sex, schooling, neither in parents nor children. There were also no statistically significant relationships between knowledge and the use of emergency services.

It is concluded that the level of knowledge is low, challenging health professionals to resort to new strategies that promote the training of parents and adolescents in the effective management of this pathology.

Keywords: Bronchial asthma, knowledge of adolescents and parents.

Agradecimentos

Grata à Professora Doutora Carminda Morais e à Professora Doutora Manuela Cerqueira, que orientaram este trabalho de investigação.

A todos os amigos, colegas e professores do Curso Mestrado em Gestão das Organizações de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, que partilharam os seus conhecimentos e contribuíram de forma indireta e direta, para o resultado final deste trabalho.

Não teria conseguido sem vocês.

Agradecida a todos.

Siglas e acrónimos

| | |
|--------|--|
| AKQ | <i>Asthma KnoWledge Questionnaire</i> |
| CVF | Capacidade Vital Forçada |
| DGS | Direção Geral da Saúde |
| DMI | Débito Expiratório Máximo Instantâneo |
| DP | Desvio Padrão |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica |
| DRC | Doenças Respiratórias Crónicas |
| ESNS | Estatuto do Serviço Nacional de Saúde |
| FEF | Fluxo Expiratório Forçado |
| GARD | <i>Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases</i> |
| GINA | <i>Global Initiative for Asthma</i> |
| ISAAC | <i>International Study of Asthma and Allergies In Childhood</i> |
| NAEPP | <i>National Asthma Education and Prevention Program</i> |
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| ONDR | Observatório Nacional das Doenças Respiratórias |
| PEF | <i>Peak Expiratory Flow</i> (Débito Expiratório Máximo) |
| PNDR | Programa Nacional para as Doenças Respiratórias |
| QCSA | Questão dos Conhecimentos sobre Asma |
| SPAIC | Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| VEF | Volume Expirado Forçado |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

Índice geral

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 1 |
| Parte I – Enquadramento teórico do estudo..... | 3 |
| 1. Adolescentes com asma brônquica um desafio à gestão dos serviços de saúde..... | 4 |
| 1.1 Asma brônquica no adolescente..... | 7 |
| 1.1.1 Etiologia, epidemiologia e fisiopatologia..... | 7 |
| 1.2 Intervenção em saúde com os adolescentes e pais..... | 10 |
| 2. Gestão dos serviços de saúde e o empoderamento dos adolescentes e pais..... | 14 |
| Parte II – Trabalho empírico..... | 16 |
| 3. Metodologia..... | 17 |
| 3.1. Problemática, questões de investigação e objectivos..... | 17 |
| 3.2. Tipo de estudo..... | 21 |
| 3.3. População..... | 22 |
| 3.4. Hipóteses de investigação..... | 22 |
| 3.5. Operacionalização das variáveis..... | 23 |
| 3.6. Instrumentos e procedimentos de recolha de informação..... | 28 |
| 3.7. Tratamentos estatísticos..... | 29 |
| 3.8. Considerações éticas..... | 30 |
| 4. Apresentação dos resultados das informações..... | 31 |
| 4.1. Caraterização sóciodemográfica..... | 31 |
| 4.2. Caraterização do perfil clínico..... | 32 |
| 4.3. Resultados dos conhecimentos sobre a asma brônquica dos pais, adolescentes e globalmente (pais/adolescentes)..... | 34 |
| 4.4. Comparação dos resultados dos conhecimentos sobre asma brônquica entre adolescentes e pais..... | 39 |
| 5. Estudo das hipóteses..... | 45 |
| 6. Discussão dos resultados..... | 50 |
| Conclusões, sugestões e limitações..... | 54 |
| Referências bibliográficas..... | 56 |
| Livros e artigos..... | 56 |
| Fontes consultadas..... | 72 |

| | |
|---|----|
| Anexos..... | 77 |
| Anexo I- Questionário de conhecimentos sobre a asma..... | 78 |
| Anexo II – Questionário dos dados sociodemográficos..... | 80 |
| Anexo III – Autorização do conselho de administração e parecer da comissão Ética. | 87 |
| Anexo IV – Autorização do autor para a aplicação do questionário <i>AKQ</i> | 89 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Avaliação do grau de controlo da asma..... | 9 |
| Tabela 2. Elementos-chave das Consultas Clínicas Produtivas para Asma..... | 10 |
| Tabela 3. Variáveis dependentes: Conhecimentos sobre asma dos adolescentes e dos pais..... | 24 |
| Tabela 4. Pontuação das questões certas do questionário <i>Asthma Knowledge Questionnaire</i> . | 24 |
| Tabela 5. Variáveis sociodemográficas dos adolescentes e pais..... | 25 |
| Tabela 6. Variáveis sociodemográficas: situação profissional dos pais..... | 25 |
| Tabela 7. Variáveis independentes do perfil clínico: condições habitacionais, animais em casa, estilos de vida, higienização, medicação para asma, nos pais..... | 26 |
| Tabela 8. Variáveis independentes do perfil clínico: medicação, condições habitacionais, higienização, animais em casa, estilos de vida nos adolescentes..... | 27 |
| Tabela 9. Variáveis independentes relativas a situações agudização..... | 28 |
| Tabela 10. Caracterização sociodemográfica (sexo, habilitações literárias e idade) dos pais e adolescentes..... | 32 |
| Tabela 11. Distribuições absolutas e relativas dos adolescentes segundo: medicação, as condições habitacionais, higienização, gestão das crises de asma, presença de animais em casa | 33 |
| Tabela 12. Distribuições absolutas e relativas dos adolescentes segundo: dias de internamento, idas ao serviço de urgência e número de idas ao serviço de urgência..... | 33 |
| Tabela 13. Distribuição das frequências absolutas e relativas dos conhecimentos dos pais dos adolescentes e global..... | 35 |
| Tabela 14. Frequências absolutas e frequências relativas de respostas certas, no AQK por ordem decrescente e grupo de questões no global, pais e adolescente... | 36 |
| Tabela 15. Frequências absolutas e frequências relativas da soma de respostas erradas e “não sei” por ordem decrescente por grupo de questões no global, pais e adolescentes no AQK..... | 38 |
| Tabela 16. Coeficiente de correlação intraclass na pontuação dos conhecimentos sobre asma (QCSA) entre pais, adolescentes e globalmente..... | 40 |

| | |
|---|----|
| Tabela 17. Apresenta a distribuição dos resultados da concordância entre pais e adolescentes dos conhecimentos sobre asma..... | 42 |
| Tabela 18. Distribuição das pontuações obtidas pelos adolescentes e pais..... | 44 |
| Tabela 19. Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose, segundo os conhecimentos sobre asma dos adolescentes e pais..... | 45 |
| Tabela 20. Ordem média, valores do <i>U Mann-Whitney</i> e de prova dos conhecimentos sobre asma brônquica dos adolescentes e pais..... | 46 |
| Tabela 21. Relação entre os conhecimentos sobre asma nos adolescentes com a idade... | 46 |
| Tabela 22. Relação entre os conhecimentos sobre asma nos adolescentes com a variável sexo, habilitações literárias..... | 47 |
| Tabela 23. Relação entre os conhecimentos sobre asma nos pais com a variável idade... | 47 |
| Tabela 24. Relação entre os conhecimentos sobre asma dos pais com a variável sexo, habilitações literárias..... | 48 |
| Tabela 25. Relação entre os conhecimentos sobre asma nos adolescentes com a variável idas ao serviço de urgência..... | 48 |
| Tabela 26. Relação entre os conhecimentos sobre asma dos adolescentes com a variável número de idas ao serviço de urgência..... | 49 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Modelo Conceptual da Literacia em Saúde..... | 13 |
| Figura 2. Correlação dos conhecimentos sobre asma brônquica dos pais face aos adolescentes..... | 39 |
| Figura 3. Conhecimentos sobre asma brônquica na globalidade (adolescentes e pais)..... | 40 |
| Figura 4. Conhecimento dos pais sobre asma brônquica..... | 43 |
| Figura 5. Conhecimento dos adolescentes sobre asma brônquica..... | 43 |

Introdução

A adolescência é o período da vida em que ocorrem alterações de ordem biológica, cognitiva e psicológica. É assim, considerada uma etapa complexa que implica mudanças influenciadas pelos contextos familiares, culturais e socioeconómicos e cujas exigências podem ser agravadas pela presença de uma patologia crónica, como a asma brônquica.

Neste contexto, cabe aos pais em articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) cooperar em processos conducentes à progressiva autonomia do adolescente e à tomada de decisão consciente em matéria de saúde. Nos termos da Constituição da República, “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral (...) pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam (...) proteção de infância, juventude (...)” (art.º 64º, da Lei nº 1/2005, de 12 de Agosto). Para o efeito, urge que pais e adolescentes sejam efetivamente informados, tenham acesso e sejam apoiados na mobilização não só de conhecimentos básicos inerentes aos determinantes sociais da saúde, mas também, no âmbito das patologias crónicas, nomeadamente, no que se refere a programas nacionais prioritários, como o das doenças respiratórias (Despacho nº 8744-2012, de 2 julho).

Esta é uma problemática, cuja magnitude está bem referenciada no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), em particular nas fases mais jovens da vida. “A prevalência da asma é mais elevada na população infantil e juvenil, constituindo uma causa frequente de internamento hospitalar. De facto, sendo uma doença crónica frequente na criança e na população adulta, sabe-se que, em Portugal, a prevalência média da asma atingirá mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 20-44 anos, estimando-se que o número total de doentes com asma ativa possa ultrapassar os 600 000” (PNDR, 2012, p. 2). Assim, o objetivo geral do PNDR visa a redução da carga das doenças respiratórias, designadamente pela redução da morbilidade e mortalidade específicas. Importa ainda, referir que do mesmo documento consta como uma das intervenções estratégica transversal a “contribuição para a educação do Doente e Cuidadores e para o desenvolvimento do *empowerment* da Pessoa com Doença Respiratória, através da divulgação de informação e de ferramentas de apoio à decisão da Pessoa Doente” (PNDR, 2012, p. 9).

O empoderamento do adolescente e família passa pelo recurso a diversas estratégias que garantam o desenvolvimento de competências de leitura, compreensão e gestão da

informação em saúde. Nesta abordagem, importa ter em conta as desigualdades de oportunidades que decorrem de estatutos socioeconómicos deficitários, de níveis educacionais baixos, bem como, de algumas características de personalidade. Como refere Teixeira (2004) os défices de auto compreensão do estado de saúde e das necessidades de mudanças de comportamento podem relacionar-se com o baixo “(...) nível de conhecimentos sobre saúde ou inibição resultante do embaraço e medo do ridículo” (ibidem, p. 618).

Assim, urge que os profissionais de saúde abracem o desafio de assegurar um elevado nível de conhecimentos, quer dos adolescentes, quer das famílias, como ponto de partida para decisões autónomas e conscientes no âmbito da doença crónica. Trata-se de um desafio acrescido pelo facto, da adolescência ser marcada de vivências, sentimentos e percepções do corpo, por vezes, controversos. Deste modo, embora a adolescência se caracterize por processos amplamente subjetivos, a que correspondem ritmos de desenvolvimento distintos, nos termos da Organização Mundial de Saúde (1989), considera-se no presente estudo adolescência o período que permeia o período dos 10 aos 18 anos de idade.

Partindo destes pressupostos e do facto de exercer a atividade profissional num serviço onde se lida diariamente com adolescentes portadores de asma despertou-nos para um olhar atento sobre a forma como os adolescentes conhecem e gerem esta doença crónica. Está em jogo, poder desta forma, contribuir para a melhoria da gestão dos cuidados de saúde aos adolescentes com asma brônquica e pais na consulta externa de Pediatria na especialidade de Imunoalergologia de um Hospital da Região Norte em Portugal. Trata-se, assim, de um estudo amplamente articulado com a gestão institucional do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias Crónicas, subordinado ao tema O Adolescente com Asma Bronquica e Pais: Avaliação de Conhecimentos Contributos para a Melhoria da Gestão dos Cuidados de Saúde, realizado na consulta externa da ULSAM. Visa medir os conhecimentos dos adolescentes e dos pais em relação à patologia, ou seja, asma brônquica.

A dissertação encontra-se estruturada em duas partes que se completam e formam um todo. Deste modo, na primeira parte abordam-se as conceções estruturantes da pesquisa; a segunda parte diz respeito ao trabalho empírico, resultados e conclusões.

Parte I
Enquadramento teórico do estudo

1. Adolescentes com asma brônquica um desafio à gestão dos serviços de saúde

A asma brônquica, como doença crónica e heterogénea, gera sofrimento aos adolescentes e familiares, pelo facto de se caracterizar por episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse, geralmente associados a obstrução generalizada, em adolescentes suscetíveis, reversível espontaneamente ou com terapêutica.

De acordo com Liu, Covar, Spahn, e Leung (2009) o controlo adequado da asma assenta em quatro componentes, a saber:

- Avaliar e monitorizar de forma sistemática:
Monitorizar a função pulmonar.
- Controlar os fatores potenciadores do agravamento da asma:
Eliminar ou diminuir exposições ambientais duvidosas
Intervir nas co morbidade designadamente rinites, sinusite, refluxo gastro-esofágico.
- Gerir terapia farmacológica específica para a asma
Controle de crises de asma
- Capacitar a pessoa com asma
Tratamento diário
Instruir para os agravamentos.

Neste sentido, o adolescente com asma brônquica representa para os serviços de saúde um desafio na medida em que estes devem dar resposta às necessidades de saúde dos adolescentes de um modo integrado, acessível e eficiente, num ambiente adequado. Assim, a gestão dos serviços de saúde deve estar sensível ao projeto de saúde de cada adolescente, delineando estratégias eficazes e eficientes que preservem a qualidade de vida do adolescente, evitando a recorrência de crises e conseqüentemente agudização que leva à procura dos serviços de saúde. Apesar da disponibilidade dos recursos terapêuticos eficazes verifica-se ainda, um déficit de acompanhamento e de prevenção contribuindo deste modo para a ida do adolescente com asma aos serviços de urgência e hospitalização (Lustosa, Britto & Bezerra, 2011). Assim, o conhecimento constitui um dos aspetos cruciais da gestão da doença crónica e da consecução de um nível de funcionalidade aceitável. A sua mobilização assegura ao adolescente a capacidade de observar, identificar sintomas, determinar a agressividade da sintomatologia e escolher estratégias apropriadas para os diminuir, maximizando o seu potencial de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde.

Assim, e de acordo com Donabedian (2005) qualidade em saúde é, normalmente, um

reflexo de valores e objetivos atuais na sociedade e no sistema de assistência de saúde, que será influenciada pelos métodos e critérios utilizados pelos profissionais de saúde na avaliação dos cuidados. Também a Ordem dos Enfermeiros (2001) salienta nos padrões de qualidade em saúde que esta não se alcança apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou camuflado nos esforços para obter qualidade em saúde.

Esta perspetiva remete-nos para uma gestão dos serviços de saúde assente num processo de cuidar multidimensional com a intencionalidade numa melhoria efetiva dos cuidados, através de uma avaliação sistemática dos mesmos. Para Baker et al. (2005) a estratégia que os profissionais de saúde utilizam para ajudar a pessoa a entender o significado dos sintomas e a controlá-los vai ser decisivo na perceção dessa experiência.

De acordo com o emanado pela Direção-Geral da Saúde, Norma nº 016/2012 de 19/12/2012, p. 19, atualizada a 23/02/2015, “[a]s famílias não demonstram frequentemente conhecimento suficiente na caracterização dos sintomas ou nas medidas profiláticas a implementar. Está bem demonstrada a possibilidade de profilaxia da bronquiolite aguda através da disseminação da informação das medidas adequadas.”

Price, Bratton e Klinnert (2002), realizaram um estudo de um ano, a 98 crianças com asma admitidas na consulta de pediatria para a avaliação da doença, na perspetiva do prestador de cuidados, com o objetivo de estudar os determinantes da qualidade de vida dos pais de crianças. Concluíram que a presença de ansiedade e depressão nos pais pode ter uma influência considerável na sua qualidade de vida. Existiu uma correlação significativa entre a qualidade de vida e a utilização dos cuidados de saúde, sendo a função emocional a mais fortemente relacionada.

Perante tais considerações, já o Programa Nacional das Doenças Respiratórias (2012-2016, p. 14), dava enfoque à gestão clínica da asma brônquica concluindo que “é possível o doente prevenir a maioria das crises, evitar sintomas diurnos e noturnos e manter-se fisicamente ativo. Dado o caráter crónico e o curso variável da doença, a estratégia de intervenção deverá ter em conta a segurança e custo deste tratamento”. Refere ainda a importância de transmitir informação essencial sobre a doença, nomeadamente: o seu caráter crónico e recidivante (e não como um acontecimento isolado); e a necessidade de terapêutica a longo prazo mesmo na ausência de sintomas” (ibidem).

A educação para a saúde é assim fundamental ao desenvolvimento de capacidades e competências do doente e da família, nomeadamente no que se refere: controlo da asma; melhor

compreensão da doença; estímulo à adoção de comportamentos adequados na procura de cuidados; promoção da adesão ao tratamento; melhoria da auto-estima, do auto conceito e da auto-imagem; desconstrução e desmistificação de medos e mitos; promoção da articulação e integração do adolescente asmático no ambiente escolar e nos grupos de pertença.

Em Portugal, o grupo organizado pelas Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) e Sociedade Portuguesa de Pneumologia e outros parceiros da saúde, traçaram como objetivo contribuir para um melhor conhecimento da doença e uma melhor prestação de cuidados de saúde tomando como base as normas da *GINA* – Normas Internacionais do Tratamento da Asma, recomendadas pela OMS (SPAIC, 2004). Surgiu assim, o “Manual de Boas Práticas na Asma” implementando estratégias que visam o desenvolvimento de competências e capacidades do doente e da família para controlarem a doença.

Os adolescentes são frequentemente alvo de mensagens culturais conflitantes que recebem do mundo exterior (UNICEF, 2011). Nesta lógica os adolescentes, em especial os que sofrem de doença crónica, devem ser alvo de capacitação efetiva que lhes permita tomar decisões fundamentadas em relação à sua saúde e à sua segurança.

Este pressuposto está bem patente na legislação portuguesa, em relação aos cidadãos em geral. O programa do XIX do Governo Constitucional para a saúde, na legislatura 2011 a 2015, realça a necessidade de melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer a nível da organização quer ao nível da prestação. De facto o estado é responsável pelas políticas de saúde. Estas são entendidas como uma resposta social que integra determinantes sociais para a saúde, bem como, a “produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente” (Paim & Teixeira, 2006, p.74).

Assim, os serviços de saúde, muito concretamente no âmbito da asma brônquica devem assegurar um tratamento adequado conducente à melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente à diminuição do consumo de serviços de saúde por agudização dos quadros clínicos (consultas não programadas, episódios de urgência) e do absentismo do cuidador significativo.

Este facto é tanto ou mais importante na medida em que esta patologia constitui uma das causas de internamento hospitalar e de procura de cuidados ao serviço de urgência. É neste contexto, que a Direção Geral de Saúde, através da circular normativa nº15/DCG,13/07/2004, defende que “todos os doentes com asma de alto risco devem ter

acesso facilitado a consultas diferenciadas de asma com atendimento nas primeiras 24 horas após a sua identificação”.

Assim, embora os cuidados de saúde sejam multidisciplinares, os enfermeiros têm um papel preponderante na capacitação do adolescente com asma. Importa pois, que a gestão de serviços/cuidados tenha por base quer indicadores de resultados quer de ganhos em saúde. Para o efeito, urge que se avaliem e conhecimentos e a capacidade dos cidadãos, neste caso dos adolescentes com asma brônquica e pais. Os conhecimentos constituem uma das dimensões que urge assegurar, no sentido de se garantir a qualidade de vida dos cidadãos, mas também, a contenção de custos dos serviços (Barros, 2013). Face à especificidade de cada uma das patologias implica que haja uma abordagem individualizada de cada situação, nomeadamente da asma brônquica.

1.1. Asma brônquica no adolescente

Como temos vindo a referir a asma é uma doença crónica que “em crianças e adolescentes, a presença de uma doença crónica pode afetar negativamente o desenvolvimento, por restringir a realização de atividades típicas da faixa etária, dificultar a socialização e o desenvolvimento da autoimagem positiva, além de aumentar a vulnerabilidade para transtornos comportamentais” (Salomão Júnior, Miyazaki, Cordeiro, Domingos & Valério, 2008, p. 186).

Trata-se de uma patologia inflamatória das vias aéreas que pode dar origem a episódios de obstrução do fluxo aéreo (Liu, Covar, Spahn & Leung, 2009). No sentido de melhor compreender as repercussões desta patologia no adolescente e na família, aborda-se de seguida aspetos relacionados com a etiologia, epidemiologia e fisiopatologia, passando pelo tratamento e pelo empoderamento do binómio adolescente e família.

1.1.1. Etiologia, epidemiologia e fisiopatologia

A etiologia específica da asma não está ainda claramente determinada. Investigações recentes têm apontado para um conjunto de fatores internos e externos que se combinam. Neste contexto, Scott et al. (2012) explicam. A doença, pelo menos em parte, através da conjugação de vulnerabilidades genéticas com a exposição a diversos fatores ambientais.

Pessoas que apresentem uma predisposição para a asma, o contato com substâncias

alergénicas, químicas ou biológicas, podem constituir um estímulo para o desenvolvimento de uma reação inflamatória das vias aéreas com caráter prolongado, disfunção pulmonar com hiperreatividade brônquica e diminuição do fluxo aéreo. Cerca de 80% dos adolescentes com asma sofrem crises quando expostas a alguma substância transportada pelo ar, como os ácaros, poeira, pólen, humidade, pelos de animais, tabaco e partículas biológicas. Substâncias químicas como tinta, desinfetantes e produtos de limpeza também podem desencadear uma crise.

A asma nos adolescentes é “precipitada ou agravada por múltiplos fatores, conforme a faixa etária (...) as exacerbações agudas podem ser desencadeadas principalmente por alérgenos inaláveis (ácaros domésticos: *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae* e *Blomia tropicalis*; fungos; pelos; saliva e urina de animais domésticos: cão, gato e aves; restos de insetos e baratas) e também por mudanças bruscas de temperatura. A inalação de agentes irritantes inespecíficos (odores fortes, fumaça de tabaco, etc.) pode desencadear sintomas por mecanismos não-imunológicos, o mesmo ocorrendo, com o exercício, a inalação de ar frio e seco e os anti-inflamatórios não-hormonais” (Nogueira, 2006, p. 30).

Assim, existe uma multiplicidade de fatores que tornam os adolescentes, num grupo vulnerável a algumas complicações associadas à doença, designadamente uma maior resistência ao cumprimento de regras sociais e de saúde, recusando frequentemente adotar estilos de vida saudáveis bem como aderir a regimes terapêuticos em situação de cronicidade. Segundo alguns estudos, metade dos adolescentes não tomam qualquer medicação em situações de evidente desconforto clínico (tosse persistente ou falta de ar) (Costa, 2013).

Os adolescentes asmáticos, como qualquer outro doente com doença crónica, devem ter consultas regulares, no sentido de uma vigilância e deteção de necessidades efetivas. Neste sentido, salientamos como fundamentais as provas de função respiratória (espirometrias). Pinto e Silva (2014) no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2012-2016), no sentido de avaliar o grau de controlo da asma, recomendam a vigilância de um conjunto de parâmetros dos níveis de controlo da asma (Tabela1).

Tabela 1. *Avaliação do grau de controlo da asma*

| Grau de controlo de sintomas de asma | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Nas últimas 4 semanas o doente teve: | Controlado | Parcialmente Controlado | Não Controlado |
| • Sintomas diurnos \geq 2x/semana? S/N | Nenhum item | 1-2 items | 3-4 items |
| • Despertares noturnos por asma? S/N | | | |
| • Necessidade de medicação de crise \geq 2x/semana? S/N | | | |
| • Limitação de atividade por asma? S/N | | | |

Fonte: Adaptado de Global Strategy for Asthma Management and Prevention GINA 2014 in PNDR (2012-2016, p. 17)

Constata-se que para um bom controlo da asma é necessário proceder a uma monitorização contínua da doença. Esta permite manter o controlo da doença com uma dose mínima de terapêutica, minimizando custos e maximizando a segurança (Pinto & Silva, 2013).

Gomez & Duran (2012) reconsideram que as consultas de vigilância deverão integrar a avaliação de conhecimentos inerentes à patologia, terapêutica (uso de inaladores, realização de exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, entre outros), sintomas em situação de crise, estratégias de controlo e autogestão da doença.

De acordo com Liu, Covar, Spahn e Leung (2009) a abordagem de elementos educativos específicos do tratamento clínico de crianças com asma são fundamentais ao tratamento adequado, em particular em contexto domiciliário, designadamente os que constam da tabela seguinte:

Tabela 2. *Elementos-chave das Consultas Clínicas Produtivas para Asma*

| |
|--|
| Especificar objetivos do tratamento da asma |
| Explicar fatos básicos sobre asma |
| Contrastar vias aéreas normais vs asmáticas |
| Ligar inflamação das vias aéreas, sua contratilidade e broncoconstrição |
| Medicamentos para controle de longo prazo e de alívio rápido |
| Abordar questões sobre potenciais efeitos adversos da farmacoterapia para a asma |
| Ensinar, demonstrar e pedir ao paciente que mostre a técnica apropriada para: |
| Uso de medicação inalatória (uso de espaçador com MDI |
| Medidas do pico de fluxo |
| Investigar e tratar fatores que contribuam para a gravidade da asma |
| Exposições ambientais |
| Co-morbilidades |
| Plano de tratamento da asma por escrito em duas partes |
| Tratamento diário |
| Plano de ação para exacerbações da asma |
| Consultas regulares |
| Duas vezes ao ano (mais frequente se não estiver bem controlado) |
| Monitorizar função pulmonar anualmente |

Fonte: Liu, Covar, Spahn & Leung, (2009).

Assim, urge que os profissionais de saúde integrem no processo de intervenção o binómio adolescente – família/convivente significativo.

1.2. Intervenção em saúde com os adolescentes e pais

Os cuidados de saúde conforme aponta a literatura têm forte impacto não só a nível restrito das famílias como do sistema económico do país.

No sentido de autonomizar as famílias nestes processos e de reduzir custos sejam eles económicos ou a qualquer outro nível, nomeadamente sofrimento e qualidade de vida, a intervenção terá que passar por processos promotores da saúde nos termos preconizados

pela (Carta de Ottawa, 1986) e na (Declaração de Alma Ata, 1978), mas também por processos associados aos diferentes níveis de prevenção. Esta abordagem integrada permitirá com certeza reduzir os episódios de agudização e conseqüentemente o recurso aos cuidados de saúde de urgência. Reforçar o empoderamento das comunidades e das famílias dos adolescentes com asma em particular é garantir condições para que se constituam parceiros efetivos no processo de cuidados capazes de criar ambientes mais favoráveis à sua situação de saúde e intervir em pelo menos algumas situações agudas, gerindo melhor os processos de crise e assim o desgaste emocional que está inerente.

Para o efeito, as famílias deverão constituir-se parte integrante na construção de um plano terapêutico, o que implica uma adequação específica em termos culturais, sociais e pessoais. É fundamental que possuam informação sobre o caráter crónico e recidivante da patologia, bem como, da importância do cumprimento do regime a longo prazo mesmo na ausência de sintomas (Pinto & Silva, 2013).

Assim, a educação para a saúde deverá ser criteriosamente planeada para que os conteúdos mínimos sejam, apropriados pela família e jovem. Esta passa pelo treino orientado para o desenvolvimento de aptidões de autogestão e/ou adaptação ao regime terapêutico específico, de modo, não só a prevenirem-se as complicações evitáveis como a qualidade de vida.

Está em jogo a adoção de modelos de cuidados de saúde centrados no jovem e na família onde a partilha de conhecimentos, de poder e responsabilidades são partilhados, promovendo-se assim, o seu empoderamento para um processo onde se constituam elementos ativos na definição de objetivos terapêuticos e nas escolhas apropriadas para os atingir.

O desenvolvimento destas competências passa por um lado, pelo respeito dos princípios subjacentes à educação terapêutica, nos termos propostos por Padilha et al., (2012) e por outro, pelo recurso a uma diversidade de estratégias dirigidas simultaneamente aos pais e adolescentes, pelo que poderão requerer naturezas específicas mas complementares. Assim, deverão estar previstas desde demonstrações práticas inerentes ao controlo de sintomas e utilização terapêutica à forma de aceder a informação que entendam necessária em momentos específicos. Trata-se de capacitar os principais atores para mobilizarem de forma integral os recursos comunitários disponíveis, desde folhetos informativos à consulta de portais de saúde. Dito de outra forma, os cuidados de

saúde devem estar fortemente orientados para o empoderamento de todos os atores, sendo este entendido como o processo pelo qual os indivíduos, famílias e grupos ganham poder, acesso a recursos e controle da sua vida (MacGowan, 2005).

De certo modo, esta concepção articula-se com uma outra que constitui um desafio aos serviços de saúde na atualidade, a literacia e a literacia em saúde, definida como “uma estratégia de empowerment para aumentar o controle das pessoas sobre saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades” (Loureiro & Miranda, 2010, p. 133).

Na linha de Santos (2010), pressupõe-se a garantia do desenvolvimento de competências pelo adolescente e família que lhes permitam lidar eficazmente com o sistema de saúde e com a gestão do processo saúde-doença. O autor considera ainda que a ausência destas competências está relacionada com a percepção de baixa autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, bem como, com comportamentos ineficazes de saúde, designadamente em termos de gestão de episódios de agudização e regime terapêutico.

Retomando a referida articulação com a literacia e com base em Mancuso (2008), neste processo coloca-se o enfoque na comunicação, compreensão e capacidades associadas a diferentes competências conforme demonstra o modelo conceptual da Literacia em Saúde na Figura 1.

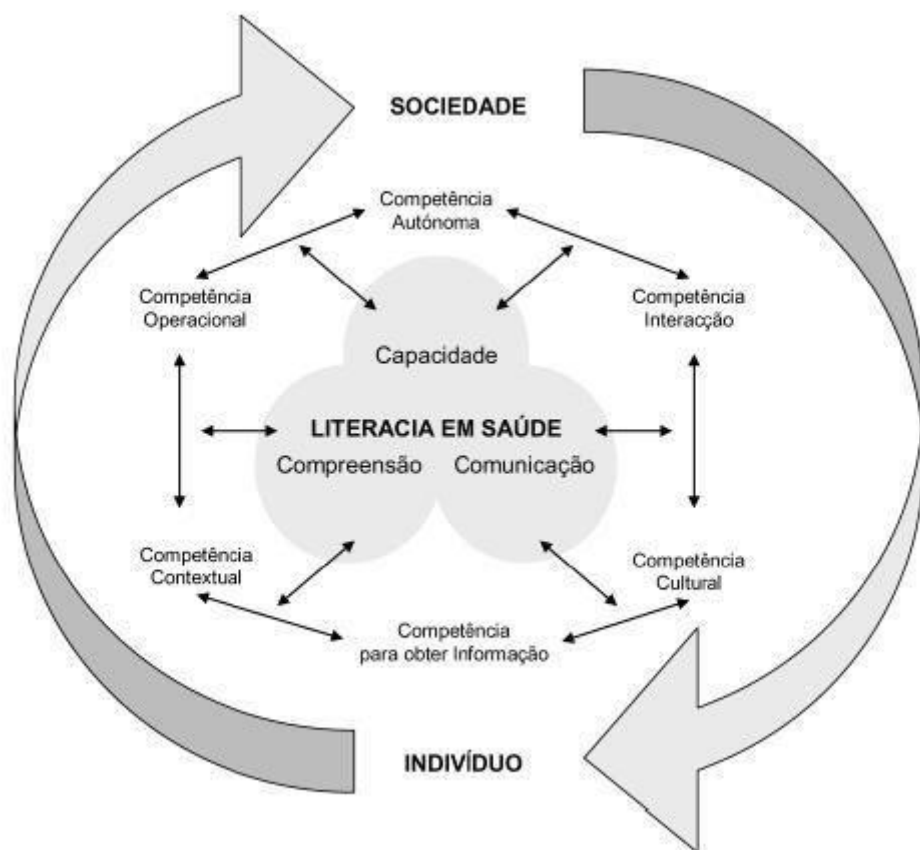


Figura 1. *Modelo conceitual da Literacia em Saúde*

Fonte: Macuso, 2008.

De acordo com o autor, essas competências integram a seleção e análise da informação, a procura de ajuda, e ainda, a assunção de um papel ativo na construção do seu projeto de saúde.

Estes aspetos são centrais na gestão das organizações que prestam este tipo de cuidados, independentemente do nível a que esteja em causa.

2. Gestão dos serviços de saúde e o empoderamento dos adolescentes e pais

Analisadas as especificidades do atendimento a estes adolescentes e famílias portadores de uma das doenças crónicas com maior prevalência em Portugal importa reportá-las para um contexto de gestão. Assim, a efetividade das organizações passa pela gestão de proximidade que possam levar a cabo, adequando-se o mais possível às necessidades que estes doentes e família revelem. Neste sentido dar resposta a estas situações de tendo em vista a melhoria dos níveis de eficiência e eficácia, passa pela otimização do funcionamento das organizações de saúde, num contexto de incerteza e de assimetria de informação, entre os que produzem e consomem os cuidados.

Se o enfoque discursivo colocado na parceria doente e família no seu processo de cuidados merece a maior consensualização, na prática a mesma depende do empoderamento dos mesmos, sob o risco do discurso ser incongruente com a prática. Alguns autores na área da economia da saúde, nomeadamente Barros (2009) têm chamado a atenção para a relação das assimetrias de informação e os problemas de seleção adversa, risco moral e a relação de agência / delegação em mercados de cuidados de saúde. Assim, a regulação entre a oferta e a procura de cuidados de saúde está amplamente ligada, quer a questões económicas, quer à autonomização das pessoas para a construção dos seus projetos de saúde.

A evidência produzida em torno do desempenho das organizações é relevante para a r(e)orientação das práticas. Porém, não se poderá resumir à análise de indicadores maioritariamente de execução. Impõe-se a sua complementaridade através da análise concreta de ganhos em saúde, seja em termos de literacia ou de capacidade de autogestão, com base em instrumentos validados, neste caso, para a população portuguesa. Dito de outro modo, só se poderão introduzir medidas de melhoria específicas se compreendermos o real impacto das nossas práticas sobre a saúde do cidadão e da família.

Trata-se, na realidade, de percebermos em que medida estamos a ser efetivos no empoderamento dos utilizadores dos nossos serviços de saúde. O papel da pessoa utilizadora dos serviços de saúde, neste caso o adolescente e família, é ser um parceiro ativo e bem informado na gestão do seu processo de saúde/doença. Enquanto o papel dos profissionais de saúde é o de criar condições para que tome decisões fundamentadas neste processo.

A identificação dos aspetos conseguidos, mas também dos menos conseguidos nesta relação que se pretende de parceria é imprescindível para a melhoria das práticas de gestão (Jin & Sklar, 2008), credibilização e valorização de todos os intervenientes.

É neste contexto que a governação clínica em saúde, pelo seu particular destaque nos propósitos (visão, resultados, *outcomes* e ganhos em saúde), pessoas (profissionais, utentes e famílias e parceiros da comunidade) e processos (melhoria contínua dos processos, onde se incluem as auditorias, e os sistemas multidimensionais de indicadores), se constitui um recurso e uma racionalidade nas organizações.

De acordo com Som (2004) e NHS *Modernization Agency* (2004), a governação Clínica é um processo de integração de habilidades e competências com o propósito de se rentabilizarem os resultados para os doentes e famílias numa lógica de responsabilidade acrescida pela qualidade. Estas medidas são estruturantes para a r(e)organização da prestação de cuidados de saúde no sentido da assunção progressiva da centralidade, neste caso do adolescente e família, implicando uma aposta na mudança da cultura organizacional, que de forma dominante tem privilegiado o interesse dos prestadores e dos grupos profissionais.

Parte II

Trabalho empírico

3. Metodologia

A definição da metodologia numa investigação deve ter como base a questão de investigação e os objetivos do estudo.

Segundo Coutinho (2011, p. 219) a “metodologia destina-se a dar informação sobre os procedimentos gerais usados na pesquisa empírica, os instrumentos utilizados e relatar a maneira como os dados foram recolhidos”.

A pesquisa científica é “a ferramenta para conhecer o que nos rodeia e seu caráter é universal (...) é entendida como um conjunto de processos sistemáticos e empíricos utilizados para o estudo de um fenómeno; é dinâmica, mutável e evolutiva” (Sampieri, Collado & Lucio, 2013, p. 22).

A investigação utiliza o método científico para obter resultados e um conhecimento específico estruturado sobre um problema identificado. Exige profundas reflexões sistematizadas e de onde se obtêm resultados imediatos.

A metodologia facilita obter uma organização esquematizada das causas do problema, com uma abordagem qualitativa, quantitativa ou mista. A pesquisa quantitativa “oferece a oportunidade de generalizar os resultados mais amplamente, ela nos permite ter o controle sobre os fenómenos, assim como um ponto de vista de contagem e suas magnitudes” (Sampieri, Collado & Lucio, 2013, p. 41). Assim, as particularidades do enfoque quantitativo de uma pesquisa “é sequencial e comprobatório. (...) a ordem é rigorosa, embora, claro, possamos redefinir alguma fase” (Sampieri, Collado & Lucio, 2013, p. 30).

O problema deve ser “delimitado, demarcado, específico. Pouco flexível. (...). As hipóteses “são testadas. Elas são estabelecidas para que sejam aceites ou rejeitadas, dependendo do grau de certeza” (Sampieri, Collado & Lucio, 2013, p. 37).

O processo de conhecimento é criar hipóteses, testar as hipóteses, medir os resultados e a probabilidade de ser verdadeiro. É deste processo, ou seja do desenho de investigação, que daremos conta neste capítulo.

3.1. Problemática, questões de investigação e objetivos

A asma é uma doença crónica que impõe a quem sofre desta patologia eficácia na sua autogestão. O empoderamento dos adolescentes e das famílias é fundamental para um maior controlo desta doença, prevenindo as situações de agudização e melhorando a capacidade de

auto intervenção nas mesmas. Deste modo, aumenta-se a segurança da família e diminui-se o recurso aos serviços de urgência.

Partindo do pressuposto que embora os serviços de saúde não sejam o único recurso para o empoderamento dos adolescentes e da família, estes confrontam-se claramente com essa responsabilidade. Para o efeito, importa também que os profissionais de saúde recorram à evidência científica como sustentação da sua praxis. Como referem Ferreira, Alvim, Oliveira, e Teixeira (2007), esta é uma dimensão fundamental que se inscreve nos direitos dos cidadãos a cuidados de qualidade, entendidos como práticas cuidativas integradas que envolvem a promoção da saúde nos termos preconizados, entre outros, da Carta de Ottawa (1986), e os diferentes níveis de prevenção. Na realidade, estamos perante um novo paradigma de cuidados de saúde, redirecionados para a gestão das doenças crónicas, em que a centralidade na pessoa doente, família e comunidade constitui um princípio estruturante. Aliás, de acordo com Almeida (2010, p. 88) “só assim se poderá assegurar a sustentabilidade” dos sistemas de saúde.

Este pressuposto torna-se ainda mais relevantes no contexto da informação que emanam os relatórios do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). De acordo com a mesma fonte (ONDR, 2016, p. 59) “[o]s internamentos com Asma na globalidade apresentam um aumento ao longo dos anos em doentes do sexo masculino e em idade pediátrica, podendo estar relacionado com uma melhor definição do Diagnóstico Principal (...). “[a] mortalidade global tem um pico de 1.3% em 2005 e depois com valores baixos (...). Na mesma fonte, em (2016, p. 161-162) “[e]stima-se que o número de asmáticos ultrapasse, em Portugal, 1 milhão, ainda que com graus de gravidade muito diversos. Todos justificarão, no entanto, acompanhamento e o recurso a medidas preventivas” (...). “[a] maioria dos internamentos ocorrem no grupo com menos de 18 anos, incluindo pois as crianças, podendo ter grande peso as bronquiolites”

A asma é assim, cada vez mais um problema de saúde pública, com elevado consumo dos serviços de saúde, e com custos inerentes a uma doença crónica com alta incidência desde a infância (Nunes & Ladeira, 2001).

Tendo em conta os resultados destas pesquisas, e de acordo com a (WHO, 2002), cabe às organizações desenvolver as suas práticas centradas cada vez mais em indicadores objetivos, mas também associados à subjetividade que o próprio conceito de saúde comporta.

Nunes e Ladeira (2004, p. 115) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os custos e o impacto da asma, atualmente considerada como doença crónica com maior prevalência na criança e na adolescência, em Portugal, tendo verificado que os custos corresponderam a 61,3%

do total de custos e os custos indiretos corresponderam aos restantes 38,7%. “O peso dos custos diretos foi significativo quando comparado com os não asmáticos. Nos custos indiretos 41,2% foram originados por dias de trabalho perdidos pelos pais do asmático e os restantes 58,2% corresponderam a custos de faltas dos asmáticos ao trabalho” (ibidem).¹

Quanto ao aumento do número de casos de doenças respiratórias Gaspar, Almeida, & Nunes (2006, p. 8) mostra que “o crescente impacto da asma tem sido associado a aumentos na prevalência e morbidade de outras doenças alérgicas (...). A asma é responsabilizada por elevados custos de saúde”.

Situando-nos agora em Portugal, mais concretamente no estudo de Lopes, Delgado e Ferreira, (2008) subordinada ao tema “Asma brônquica. Conhecimentos do doente e família, aplicado numa população pediátrica” concluíram que a maioria dos pais referiam, necessitar de maior informação sobre a doença. Alguns referiram ainda, com alguma frequência, que desconheciam o DEMI (Débito Expiratório Máximo Instantâneo) e o mecanismo de ação do broncodilatador.

Por sua vez, os adolescentes revelavam ainda maior desconhecimento quanto à utilização do DEMI (Débito Expiratório Máximo Instantâneo), bem como, em relação às causas da doença e fatores desencadeantes das crises.

No estudo realizado por Nogueira, Silva e Lopes, (2009, p. 523), sobre “Qualidade de vida em adolescentes asmáticos: avaliação da gravidade da asma, co-morbilidade e estilo de vida”, os achados revelaram que se impõe à equipe multidisciplinar a necessidade de ser mais efetiva na manutenção da qualidade vida e da sua integração em todas as dimensões quer do plano individual e social. Esta perspetiva ainda, que obviamente centrada na promoção da qualidade de vida (QV) e bem-estar dos adolescentes e famílias têm repercussões a vários níveis, nomeadamente em termos económicos.

Antão (2013) estudou o impacto das doenças crónicas na harmonia psicológica das crianças, considerando os diferentes tipos de doenças, suas características e a perceção dos pais relativamente às mesmas. Os resultados demonstraram que não existia uma ligação direta entre a dimensão psicológica das crianças e a presença de uma doença crónica. Verificou também, que a perspetiva dos pais e da criança acerca do conceito de brincar nem sempre coincidia.

¹ Custos diretos são os custos com idas ao médico, hospitalizações, idas ao serviço de urgência, meios auxiliares de diagnóstico. Custos indiretos são os dias de incapacidade temporária dos pais para o trabalho e adolescentes na escola. (Nunes, Ladeira, 2004).

Pinto e Silva (2014, p. 8) referem que a asma brônquica “[c]onstitui a causa mais frequente de doença crónica em idade pediátrica”. De acordo com o estudo *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)* existem 12,9% de crianças dos 6-7 anos e 11,8% de adolescentes (13-14 anos) com asma ativa em Portugal”. Este conjunto de aspetos confronta os profissionais com a necessidade dos adolescentes e pais desenvolverem competências cognitivas e comportamentais, conducentes a uma gestão efetiva dos processos de saúde - doença. Verificaram ainda que, os adolescentes que conheciam os fatores desencadeantes da doença revelavam maior adesão à terapêutica.

Outros autores têm colocado o enfoque em perspetivas distintas, mas que no seu conjunto nos permitem uma visão mais eclética da problemática.

Neste contexto, os profissionais de saúde, confrontam-se com um triplo desafio: por um lado promover a capacidade de gestão da doença crónica, tomando como unidade de análise a família, e por outro, atender às especificidades da adolescência, bem como, a interação entre estes aspetos.

Assumindo parte deste desafio enquanto profissional de saúde a exercer funções na Consulta Externa de Pediatria, entendemos articular a possibilidade de obtenção de um grau académico com o contributo que possa vir a dar para a melhoria dos cuidados a esta população.

Neste contexto colocaram-se as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica que frequentam a Consulta Externa de Pediatria, na especialidade de Imunoalergologia, num Hospital da região Norte de Portugal?
- Quais os conhecimentos dos pais dos adolescentes que frequentam a Consulta Externa de Pediatria, na especialidade de Imunoalergologia, num Hospital da região Norte de Portugal?
- Há diferença entre os conhecimentos de adolescentes em relação aos pais que frequentam a Consulta Externa de Pediatria, na especialidade de Imunoalergologia, num Hospital da região Norte de Portugal?
- Quais os determinantes sociodemográficos com efeito nos conhecimentos dos pais que frequentam a Consulta Externa de Pediatria, na especialidade de Imunoalergologia, num Hospital da região Norte de Portugal?
- Quais os determinantes sociodemográficos com efeito nos conhecimentos dos adolescentes que frequentam a Consulta Externa de Pediatria, na especialidade de Imunoalergologia, num Hospital da região Norte de Portugal?

Na sequência das mesmas definiram-se os seguintes objetivos:

- Medir os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica.
- Medir os conhecimentos dos pais, dos adolescentes com asma brônquica.
- Comparar os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica com os conhecimentos dos pais.
- Determinar os efeitos dos determinantes sociodemográficos (idade, sexo e habilitações literárias) nos conhecimentos dos adolescentes.
- Determinar os efeitos dos determinantes sociodemográficos (idade, sexo e habilitações literárias) nos conhecimentos dos pais.

3.2. Tipo de estudo

Tendo por base os objetivos do estudo, o mesmo classifica-se como observacional, correlacional e transversal.

Pretendendo-se conhecer as características da população e a amostra em relação aos conhecimentos sobre asma brônquica dos adolescentes e respetivos pais, a presente investigação assume uma perspectiva descritiva. Ribeiro (2010, p. 125) refere que “na investigação correlacional analisam-se as relações entre as variáveis sem que manipulem as variáveis.

Segundo Sousa, Driessnack, e Mendes (2007, p. 3) os estudos correlacionais descritivos são estudos que “descrevem variáveis e as relações que ocorrem naturalmente entre as mesmas”.

De acordo com Aragão (2011, p. 2) os “estudos transversais ou de corte transversal são estudos que mostram a organização de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade”.

Para qualquer investigação os dados observados precisam, ser analisados e “antes de se passar ao tipo de análise há que fazer uma escolha fundamental para a credibilidade da investigação, acerca do tipo de testes estatísticos a utilizar” (Ribeiro, 2010, p. 123).

3.3. População

População constitui a totalidade das unidades sobre as quais incide a investigação em que o número de indivíduos é “N”, sendo que a amostra é um subconjunto da mesma representada por “n” (Huot, 2002, p. 20). Assim, na definição da última, devem seguir-se os pressupostos metodológicos que garantam as características da população, ou seja, deve ser representativa, imparcial e com tamanho suficiente. População, amostra são termos utilizados em estatística com significados diferentes.

Neste sentido, optou-se por estudar a população, sendo esta composta pelos adolescentes, dos 10 aos 18 anos de idade, com asma brônquica, a frequentar consultas na especialidade pediatria/imunoalergologia na Consulta Externa de Pediatria, de um Hospital da região Norte de Portugal, no ano 2012, com diagnóstico de asma brônquica.

Os participantes no estudo foram identificados a partir da base de dados constituída para os adolescentes com asma brônquica da consulta e especialidade acima referenciado. No sentido de dar resposta aos objetivos questionaram-se também os respetivos pais.

A população ficou assim constituída por 92 (N=92) adolescentes e 92 pais (N=92).

3.4. Hipóteses de investigação

O conceito de hipótese é “ um enunciado geral de relação entre as variáveis” (Marconi, & Lakatos, 2003, p. 126).

De acordo com (Quivy e Campenhoudt, 2008, p. 119) “ [A] organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e curiosidade” (...). A hipótese fornece à investigação um fio condutor particularmente eficaz que, a partir do momento em que ela formula, substitui nessa função a questão da pesquisa” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 119-120).

É preciso lembrar que uma hipótese se apresenta como uma resposta provisória a uma pergunta” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 121).

Para este estudo a comparação dos resultados dos dois grupos (adolescentes e pais) foi realizada segundo as hipóteses:

- Hipótese 1. Há diferenças entre a distribuição dos conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e os conhecimentos dos pais.

- Hipótese 2. Há correlação entre conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e a idade.
- Hipótese 3. Há relação entre conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e os determinantes sociodemográficos (sexo e habilitações literárias).
- Hipótese 4. Há correlação entre os conhecimentos a idade dos pais.
- Hipótese 5. Há relação entre conhecimentos dos pais e os determinantes sociodemográficos (sexo e habilitações literárias).
- Hipótese 6. Há relação entre os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e a utilização dos serviços de urgência.
- Hipótese 7. Há relação entre os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e o número de idas ao serviço de urgência.

3.5. Operacionalização das variáveis

Considera-se variável “a todo atributo, dimensão ou conceito suscetível de assumir várias modalidades. Quando um conceito apenas tem um único atributo ou indicador, a variável identifica-se com o atributo (por exemplo, a idade). Quando um conceito é composto por várias dimensões ou atributos, a variável é o resultado da agregação das dimensões e atributos” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 217). Importa ter em conta a definição e o nível de mensuração das variáveis pela “descrição de uma variável e a utilização que dela pode fazer-se variam consoante ela seja nominal, ordinal ou contínua” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 218).

As variáveis estatísticas podem ser divididas em quantitativas e qualitativas. As variáveis quantitativas quando os seus valores são representados por números e podem ser classificadas em discretas ou contínuas. As variáveis qualitativas são discretas quando os valores numéricos que tomam são isolados. Neste sentido, até para sistematizar conhecimentos necessários a um trabalho de investigação, optou-se por apresentar as variáveis do presente estudo e operacionalização. A variável dependente são os conhecimentos sobre asma em diferentes perspetivas (dos adolescentes e pais). A avaliação desta variável é determinada através do Questionário de Conhecimentos sobre a Asma (QCSA) que é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. *Variáveis dependentes: Conhecimentos sobre asma dos adolescentes e dos pais*

| Variável | Escala de medida | Operacionalização |
|--------------------------|------------------|-----------------------------|
| Conhecimentos sobre asma | Nominal | Verdadeiro, Falso, Não sabe |

A avaliação dos conhecimentos terá por base o questionário (AQK). O conhecimento sobre asma foi definido pelo score obtido nas 25 questões do QCSA, pontuando um ponto por cada resposta certa, e na percentagem de respostas erradas/certas e não sabe. Cujas respostas certas (pontuação verdadeiro) e erradas (pontuação falso). Encontram discriminadas para cada item, na Tabela 4.

Tabela 4. *Pontuação das questões certas do questionário Asthma Knowledge Questionnaire*

| Nº Questão | Questões | Pontuação |
|------------|--|-----------|
| 1 | A tosse é um sintoma da asma. | F |
| 2 | A asma é devida a uma inflamação dos pulmões. | V |
| 3 | Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança. | V |
| 4 | Os ataques de asma podem surgir quando se cheira tinta... | V |
| 5 | Só um médico consegue evitar um ataque de asma. | F |
| 6 | No início de um ataque de asma, pode sentir um aperto... | V |
| 7 | Usa-se um registo de DEMI (Débito Expiratório Instantâneo)... | F |
| 8 | Uma criança deixa de ser asmática se, durante vários anos... | F |
| 9 | A asma é uma doença emocional ou psicológica. | F |
| 10 | A maioria das crianças asmáticas tem de ir ao hospital... | F |
| 11 | Nalgumas pessoas a asma pode melhorar idade... | V |
| 12 | Os médicos não sabem bem porque certas pessoas têm asma... | V |
| 13 | Com um tratamento adequado, a maioria das crianças asmáticas... | V |
| 14 | Ficar enervado/a, chorar ou rir pode desencadear um ataque... | V |
| 15 | Quem não tem asma até aos 40 anos, já não vem a ter. | F |
| 16 | As crianças com asma não devem praticar desportos em ... | F |
| 17 | Em crianças mais novas, a asma surge por vezes após uma... | V |
| 18 | Um alergénico é o anticorpo que falta aos asmáticos. | F |
| 19 | Uma pessoa pode piorar da asma sem aperceber de qualquer... | V |
| 20 | Fazer exercício em tempo frio pode desencadear um ataque... | V |
| 21 | Tanto os peixes como os pássaros são bons animais... | F |
| 22 | Usa-se um inalador de alívio (broncodilatador “bomba”) para...reduzir a inflamação | F |
| 23 | Alguns remédios para a asma só fazem efeito se se tomarem... | V |
| 24 | Não é preciso agitar antes de usar a maioria dos inaladores... | F |
| 25 | Há menos pessoas com asma hoje do que... | F |

A variável independente são as variáveis designadas sociodemográficas e clínicas que são relevantes. Apresenta-se a sua operacionalização, nas Tabelas 5, 6, 7 e 8. Assim, a Tabela 5 apresenta as variáveis independentes, do questionário com os dados de natureza sociodemográfica, relativas aos adolescentes e pais.

Tabela 5. *Variáveis sociodemográficas dos adolescentes e pais.*

| Variável | Escala de medida | Operacionalização |
|-------------------------|-------------------------|---|
| Sexo | Nominal | Feminino, Masculino, Não responde |
| Idade | Escala | Número de anos, Não responde |
| Habilitações literárias | Ordinal | 1º Ciclo até ao 3º ciclo, secundário e mais, não responde |

A Tabela 6 apresenta as variáveis independentes, do questionário com os dados de natureza sociodemográfica, relativas á situação socioprofissional dos pais.

Tabela 6. *Variáveis sociodemográficas: situação profissional dos pais*

| Variável | Escala de medida | Operacionalização |
|---|-------------------------|--------------------------|
| Desempregado | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Empregado | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Contrato de trabalho a termo resolutivo | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Contrato de trabalho a tempo parcial | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Contrato de Trabalho intermitente | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Contrato em funções publicas | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Contrato em comissão de serviço | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Contrato de Trabalho temporário | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Contrato por tempo indeterminado | Nominal | Sim, Não, Não responde |

Na Tabela 7 registam-se as variáveis independentes do questionário com os dados do perfil clínico relativamente, às condições habitacionais, higienização da habitação, animais dentro de casa, estilos de vida, medicação para a asma, nos pais.

Tabela 7. *Variáveis independentes do perfil clínico: condições habitacionais, animais em casa, estilos de vida, higienização, medicação para asma, nos pais.*

| Variável | Escala de medida | Operacionalização |
|---|------------------|------------------------|
| Quarto com janela | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Animais domésticos dentro de casa | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Casa com aquecimento | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Casa com aquecimento central | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Casa com aquecimento lareira | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Casa com aquecimento elétrico | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Casa com humidade nas paredes e chão | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Casa com árvores em redor | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Prevenção das crises de asma com prática de exercício físico | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Prevenção das crises de asma com a mudança e vigilância das roupas uma vez por semana | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Prevenção das crises de asma utilizando o aspirador | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Prevenção das crises de asma com a utilização de acaricidas | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Medicação em casa para prevenir as crises de asma | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Tratamento da asma com medicação preventiva | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Medicação em sos nas crises de asma | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Ingestão correta da medicação prescrita pelo médico(a) | Nominal | Sim, Não, Não responde |

Na Tabela 8 apresentam-se as variáveis independentes, do questionário com os dados do perfil clínico, relativas à medicação, condições habitacionais e higiene, posse de animais domésticos em casa, gestão da asma, prematuridade e estilos de vida, nos adolescentes.

Tabela 8. *Variáveis independentes do perfil clínico: medicação, condições habitacionais, higienização, animais em casa estilos de vida nos adolescentes.*

| Variável | Escala de medida | Operacionalização |
|---|-------------------------|---------------------------|
| Medicação utilizada para tratar a asma | Nominal | Preventiva, só nas crises |
| Quarto com janela | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Quarto com temperatura do ar entre 18°-20°C | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Paredes e chão do quarto sem humidade (bolor) | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Quarto com cortinados muito tecido e pregas | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Decoração do quarto com mais de 3 tapetes | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Na cama usa cobertores com pelo | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| O pavimento do chão do quarto com alcatifa | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Utilização do aspirador para limpar a casa | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Limpeza diária do quarto com vassoura | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Os animais domésticos vivem dentro de casa | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Prática de estilos de vida saudáveis | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Hábito de realizar exercícios respiratórios | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Vacinas preventivas | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Medicamentos de urgência para a asma em casa | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Prematuridade | Nominal | Sim, Não, Não responde |

Na Tabela 9 mencionam-se as variáveis independentes, do questionário com os dados do perfil clínico, relativamente a situações de agudização, designadamente dias de internamentos, recurso ao serviço de urgência e número de idas ao serviço de urgência dos adolescentes.

Tabela 9. *Variáveis independentes relativas a situações agudização.*

| Variável | Escala de medida | Operacionalização |
|--|------------------|---|
| Dias de internamento por crise de asma no ano 2012 | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Idas ao serviço de urgência por crise de asma no ano 2012 | Nominal | Sim, Não, Não responde |
| Número de vezes que foste ao serviço de urgência no ano 2012 | Ordinal | Nenhuma vez, uma vez, duas vezes, três vezes e não responde |

3.6 Instrumentos e procedimentos de recolha de informação

Neste subcapítulo abordar-se-ão os procedimentos e os instrumentos de recolha de informação. Para aplicar o instrumento de medição no estudo, foi realizado o contacto com o autor do instrumento de medição e pedida a devida autorização para a utilização do Questionário de Conhecimentos sobre Asma (QCSA), que se encontra traduzido e validado para a população portuguesa (Lopes, Delgado & Ferreira, 2004). Ho et al., (2003) foi o autor na versão original do *Asthma Knowledge Questionnaire*.

A versão aplicada integra 25 itens cujas questões se relacionam com aspetos clínicos, fatores desencadeantes e de agravamento, etiopatogenia e terapêutica. Foi efetuado por autopreenchimento com as opções de resposta “verdadeiro, falso e não sei”, (Anexo I).

Foi elaborado um instrumento da caracterização sociodemográfico e perfil clínico, (Anexo II). Este questionário abrange questões relativas às condições habitacionais e higiene, posse de animais domésticos em casa, terapêuticas, estilos de vida, prematuridade, internamentos e recurso ao serviço de urgência.

A técnica de recolha de informação foi efetuada através do preenchimento do questionário, entregues por correio aos adolescentes com asma brônquica e respetivos pais, selecionados para a amostra do estudo, no período de Maio a Junho, de 2012. Esta opção teve por base a dificuldade em proceder à recolha de informação por via presencial na Consulta Externa de Pediatria, especialidade de imunoalergologia, por constrangimentos relacionados com a disponibilidade de tempo. O questionário foi enviado a 92 adolescentes com asma brônquica e respetivos pais (92).

3.7. Tratamento estatístico

Os resultados foram apresentados com recurso à estatística descritiva para caracterizar as variáveis em função das medidas de tendência central (média, percentis e quartis), medidas de dispersão (variância e desvio padrão), medidas de forma (assimetria/*Skewness*, achatamento/*kurtosis*), medidas de associação (correlação de *Spearman*), representação gráfica (histograma de frequências, diagrama de dispersão) e à inferência estatística em função da normalidade (ou não) da distribuição outro modo.

Para este estudo (normalidade da distribuição), recorreu-se a uma convenção usada, que utiliza o coeficiente da divisão da curtose (Kurtosis) pelo erro padrão da curtose (Kurtosis).

Segundo Klinne (2011, p. 32-33), estes coeficientes são utilizados para comparar a forma da disposição em estudo com uma distribuição normal, pode então conceder que a distribuição dos dados é do tipo normal desde que os valores dos coeficientes descritos estejam dentro de um intervalo de] -3;3 [.

Quanto as propriedades psicométricas do instrumento, no que se refere à coerência interna foram determinadas pelo *Alfa de Cronbach*. De acordo com Marôco e Garcia-Marques (2006) o *Alfa de Cronbach* é útil para averiguar a fiabilidade de uma medida, e por isso permite o estudo da precisão de um instrumento. Considera-se fiabilidade apropriada quando este é pelo menos de 0,70, adquirindo uma fiabilidade moderada a elevada quando os valores se situam entre 0,8 e 0,9 e uma fiabilidade elevada acima de 0,9.

Neste contexto importa referir alguns pressupostos metodológicos em validação e adaptação do AKQ cumpriram as propriedades psicométricas recomendadas. A coerência interna medida pelo *Alfa de Cronbach* foi de 0,71. No que se refere à reprodutibilidade (uma semana) registou valores de ICC de 0,75 e percentagem de concordância total a variar entre 73% e 100%. A validade de conteúdo foi obtida pela análise de compreensão e aceitação por um painel de 8 indivíduos, sendo 4 saudáveis e 4 com doença alérgica respiratória. A validade de construção foi, sustentada com base na associação positiva entre o conhecimento sobre a asma e nível socioeconómico, a escolaridade, e o tempo de vigilância na consulta. Foi ainda sustentada pela associação entre a evolução no último ano e a adesão terapêutica, assim como pela capacidade de discriminação entre as percepções dos pais e dos adolescentes ($p=0,02$).

Para a análise dos conhecimentos de pais e adolescentes foi efetuada através das proporções de concordância e coeficiente de concordância *Kappa* (intervalo de confiança a

95%-IC 95%), coeficiente de correlação intra-classes (IC 95%) e correlação de *Sparman*. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Para avaliar a consistência interna, usa-se o *Alfa de Cronbach* sendo, “uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada” (...). Define assim que “a consistência interna dos fatores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos”, (Pestana e Gajairo, 2008, p. 527).

Estes procedimentos foram realizados no programa processo de tratamento estatístico foi realizado utilizando o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão *Windows* (20).

3.8. Considerações éticas

A investigação deve obedecer a regras relacionadas com a natureza ética. Assim, e tendo por base que a investigação se relaciona com jovens foram assegurados todos os procedimentos éticos bem como as indicações dos autores do instrumento utilizado.

Neste sentido foi submetido o pedido de autorização do estudo à Comissão de Ética, bem como aos autores da validação do instrumento para a população portuguesa, (Anexo III e IV).

De modo a garantir a confidencialidade e anonimato dos inquiridos, seguiram-se todos os pressupostos de acordo com a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

4. Apresentação dos resultados

Neste ponto procede-se à apresentação e análise da informação, adquirida através dos instrumentos referidos na metodologia.

Para o efeito recorreu-se há estatísticas descritivas a fim de caracterizar a amostra em estudo e obter uma imagem geral das variáveis medidas e à estatística inferencial resultante do recurso a testes estatísticos, a qual permitiu verificar as hipóteses formuladas e generalizar as conclusões encontradas para população em estudo

Por razões de sistematização, este ponto subdivide-se em caracterização sociodemográfica dos adolescentes e dos pais, caracterização do perfil clínico e estudo das hipóteses.

4.1. Caracterização sociodemográfica

Para a caracterização sociodemográfica da amostra incluíram-se as variáveis: sexo, habilitações literárias e idade.

Conforme se pode constatar na Tabela 10, existem 42 adolescentes, sendo 73,8% do sexo masculino e 26,1 do sexo feminino, e 41 pais dos quais 82,9% do sexo feminino e 14,6% do sexo masculino. Dos adolescentes, 71,4% têm a escolaridade entre do 1º até ao 3º ciclo e os pais dos quais 78,0% do 1º até ao 3º ciclo.

A idade dos adolescentes variou entre o valor médio \pm dp de 13,5 anos \pm 2,4 anos, variando entre 18 e 10 anos e pais dos quais o valor médio \pm desvio padrão (dp) de 42,8 anos \pm 6,8, variando entre os 57 e 30 anos, (ver Tabela 10).

Tabela 10. *Caracterização sociodemográfica (sexo, habilitações literárias e idade) dos pais e adolescentes.*

| Variável | Pais (n=41) | | Adolescentes (n=42) | | |
|-------------------------|----------------------|------|---------------------------|------|------|
| | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 34 | 82,9 | 11 | 26,1 |
| | Masculino | 6 | 14,6 | 31 | 73,8 |
| | Não responde | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 |
| Habilitações Literárias | 1º Ciclo ao 3º Ciclo | 32 | 78,0 | 30 | 71,4 |
| | Secundário e mais | 9 | 21,9 | 12 | 28,5 |
| | Não responde | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Idade | Pais (n=41) | | Adolescentes(n=42) | | |
| | Média | 42,8 | Média | 13,5 | |
| | Máxima | 57 | Máxima | 18 | |
| | Mínima | 30 | Mínima | 10 | |
| | Desvio padrão | 6,8 | Desvio padrão | 2,4 | |

4.2. Caraterização do perfil clínico

Nesta secção, procede-se à caracterização do perfil clínico dos adolescentes (n=42). As questões do instrumento de caracterização deste estão relacionadas, com aspetos relevantes para a promoção da saúde, prevenção da doença e gestão da doença e tratamento.

Nas questões sobre as condições habitacionais dos adolescentes verifica-se que 100% dos adolescentes tem janela no quarto, 57,1% tem temperatura do ar entre 18^a-20^oc, 80,9% respondem não existir humidade nas paredes e chão, 90,4% não tem cortinados com muito tecido, 90,4% não tem mais de 3 tapetes, 88,0% não usa cobertores com pelo na cama, 97,6% não tem alcatifa como pavimento. No caso da higienização da habitação 85,7% dos adolescentes utiliza o aspirador para limpar da casa, 83,3% não limpa diariamente com vassoura. Cerca 81,9% dos adolescentes refere não ter animais em casa.

No que se refere à gestão da terapêutica obteve-se que 57,1% dos adolescentes administra medicação de forma preventiva, e 38,0% só nas crises. Verificou-se ainda que 57,1% tem tratamento preventivo com vacinas e 97,6% tem, no domicílio, medicação disponível para situações de crise. No caso da prática de exercícios respiratórios 69,0% refere não realizar exercícios respiratórios para prevenir crises de asma.

No que concerne à prematuridade, esta foi referida por 9,5% dos adolescentes, como podemos constatar na Tabela 11.

Tabela 11. *Distribuições absolutas e relativas dos adolescentes segundo: medicação, as condições habitacionais, higienização, gestão das crises de asma, presença de animais em casa.*

| Variáveis | Preventiva | | Só nas crises | | Não responde | |
|--|------------|-------|---------------|------|--------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Administração de medicação. | 24 | 57,1 | 16 | 38,1 | 2 | 4,8 |
| Quarto com janela. | Sim | % | Não | % | Não responde | % |
| | 42 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Quarto com temperatura do ar 18°-20°C. | 24 | 57,1 | 13 | 30,9 | 5 | 11,9 |
| Paredes e chão do quarto sem humidades | 34 | 80,9 | 7 | 16,7 | 1 | 2,4 |
| Quarto com cortinados com muito tecido. | 3 | 7,1 | 38 | 90,4 | 1 | 2,4 |
| Quarto com mais de 3 tapetes. | 3 | 7,1 | 38 | 90,4 | 1 | 2,4 |
| Na cama usa cobertores com pêlo. | 4 | 9,6 | 37 | 88,1 | 1 | 2,4 |
| Pavimento do chão do quarto com alcatifa. | 0 | 0,0 | 41 | 97,6 | 1 | 2,4 |
| Utiliza o aspirador para limpar a casa. | 36 | 85,7 | 5 | 11,9 | 1 | 2,4 |
| Limpeza diária do quarto com vassoura. | 6 | 14,2 | 35 | 83,3 | 1 | 2,4 |
| Animais domésticos dentro de casa. | 6 | 14,2 | 34 | 81,9 | 2 | 4,8 |
| Prática de estilos de vida saudáveis. | 38 | 90,4 | 3 | 7,1 | 1 | 2,4 |
| Hábito de realizar exercícios respiratórios. | 12 | 28,5 | 29 | 69,0 | 1 | 2,4 |
| Tratamento com vacinas preventivas. | 24 | 57,1 | 16 | 38,0 | 2 | 4,8 |
| Medicação de urgência para a asma em casa. | 41 | 97,6 | 1 | 2,3 | 0 | 0,0 |
| Prematuridade. | 4 | 9,5 | 38 | 90,4 | 0 | 0,0 |

Verificou-se ainda que 95,2% dos adolescentes não referiu nenhum internamentos e 59,5% nenhum recurso ao serviço de urgência por crise. Dos que recorreram ao serviço de urgência, 45,2% não foi nenhuma vez, 14,2% fizeram-no uma vez, 16,6% duas e 9,5% três vezes, (ver Tabela 12).

Tabela 12. *Distribuições absolutas e relativas dos adolescentes segundo: dias de internamento, idas ao serviço de urgência e número de idas ao serviço de urgência.*

| | Sim | | Não | | Não responde | | | | | |
|--|-------------|------|---------|------|--------------|------|------------|-----|--------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Dias de internamento por crise de asma | 2 | 4,7 | 40 | 95,2 | 0 | 0,0 | | | | |
| Idas ao serviço de urgência por crise de asma | 17 | 40,4 | 25 | 59,5 | 0 | 0,0 | | | | |
| Número de vezes que foi ao serviço de urgência | Nenhuma vez | | Uma vez | | Duas vezes | | Três vezes | | Não responde | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | 19 | 45,2 | 6 | 14,3 | 7 | 16,6 | 4 | 9,5 | 6 | 14,3 |

4.3. Resultados dos conhecimentos sobre asma brônquica dos pais, dos adolescentes e globalmente (pais/adolescentes)

Verifica-se na Tabela 13 que as respostas certas nos pais variaram entre 90,2% questão nº6 (“início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira”) e 4,8% na questão nº 7 (“usa-se um registo de DEMI (débito expiratório máximo instantâneo) para ter certeza que os seios perinasais estão abertos”). As respostas erradas variaram entre 75,6% na questão nº 22 (“usa-se um inalador de alívio para reduzir a inflamação dos pulmões”) e 2,4% na questão nº15 (“quem não tem asma até aos 40 anos, já não vem a ter”).

Nos adolescentes verificou-se que as respostas certas variaram entre 92,8% na questão nº 6 (“no início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira”) 4,7% nas questões nº 7 e 18 respetivamente (“usa-se um registo de DEMI para ter certeza que os seios perinasais estão abertos“ e “um alergénio é o anticorpo que falta aos asmáticos”). As respostas erradas variaram entre 83,3% na questão nº 22 (“usa-se um inalador de alívio para reduzir a inflamação dos pulmões”) e 2,3% na questão nº11 (“nalgumas pessoas a asma pode melhorar com a idade”).

Na globalidade (pais/adolescentes) as respostas certas variaram entre 91,5% na questão nº 6 (“no inicio de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira”) e 4,7% na questão nº 7 (“usa-se um registo de DEMI (débito expiratório máximo instantâneo) para ter certeza que os seios perinasais estão abertos”). As respostas erradas variaram entre 79,5% na questão nº 22 (“usa-se um inalador de alívio para reduzir a inflamação dos pulmões”) e 6,0 % na questão nº 13, (“Com um tratamento, a maioria das crianças asmáticas pode levar uma vida normal sem limitações das atividades) e na questão nº 15 (“quem não tem asma até aos 40 anos, já não vem a ter”).

Assim, a questão nº 6, (“início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira”) obteve maior número de respostas certas, quer nos pais quer nos adolescentes quer na globalidade, ou seja, respetivamente 90,2%, 92,8% e 91,5%. A questão nº 22, (“usa-se um inalador de alívio para reduzir a inflamação dos pulmões”), obteve o maior número de respostas erradas nos pais, nos adolescentes e na globalidade, ou seja, respetivamente de 75,6%, 83,3% e 79,5%, (ver Tabela 13).

Tabela 13. *Distribuição das frequências absolutas e relativas dos conhecimentos dos pais dos adolescentes e global*

| Variáveis | Pais (n=41) | | | | | | Adolescente (n=42) | | | | | | Global (pais/adolescentes, n=83) | | | | | |
|-----------|-------------|------|--------|------|---------|------|--------------------|------|--------|------|---------|------|----------------------------------|------|--------|------|---------|------|
| | Certa | | Errada | | Não sei | | Certa | | Errada | | Não sei | | Certa | | Errada | | Não sei | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1.QCSA | 20 | 48,7 | 16 | 39,0 | 5 | 12,1 | 21 | 50,0 | 17 | 40,4 | 4 | 9,5 | 41 | 49,3 | 33 | 39,7 | 9 | 10,8 |
| 2.QCSA | 29 | 70,7 | 5 | 12,1 | 7 | 17,0 | 25 | 59,5 | 8 | 19,0 | 9 | 21,4 | 54 | 65,0 | 13 | 15,6 | 16 | 19,2 |
| 3.QCSA | 36 | 87,8 | 0 | 0,0 | 5 | 12,1 | 38 | 90,4 | 0 | 0,0 | 4 | 9,5 | 74 | 89,1 | 0 | 0,0 | 9 | 10,8 |
| 4.QCSA | 28 | 68,2 | 5 | 12,2 | 8 | 19,5 | 26 | 61,9 | 5 | 11,9 | 11 | 26,1 | 54 | 65,0 | 10 | 12,0 | 19 | 22,8 |
| 5.QCSA | 22 | 53,6 | 9 | 21,9 | 10 | 24,3 | 27 | 64,2 | 7 | 16,6 | 8 | 19,0 | 49 | 59,0 | 16 | 19,2 | 18 | 21,6 |
| 6.QCSA | 37 | 90,2 | 0 | 0,0 | 4 | 9,7 | 39 | 92,8 | 0 | 0,0 | 3 | 7,1 | 76 | 91,5 | 0 | 0,0 | 7 | 8,4 |
| 7.QCSA | 2 | 4,8 | 16 | 39,0 | 23 | 56,0 | 2 | 4,7 | 14 | 33,3 | 26 | 61,9 | 4 | 4,8 | 30 | 36,1 | 49 | 59,0 |
| 8.QCSA | 12 | 29,2 | 10 | 24,3 | 19 | 46,3 | 11 | 26,1 | 16 | 38,0 | 15 | 35,7 | 23 | 27,7 | 26 | 31,3 | 34 | 40,9 |
| 9.QCSA | 27 | 65,8 | 6 | 14,6 | 8 | 19,5 | 29 | 69,0 | 5 | 11,9 | 8 | 19,0 | 56 | 67,4 | 11 | 13,2 | 16 | 19,2 |
| 10.QCSA | 12 | 29,2 | 24 | 58,5 | 5 | 12,1 | 12 | 28,5 | 23 | 54,7 | 7 | 16,6 | 24 | 28,9 | 47 | 56,6 | 12 | 14,4 |
| 11.QCSA | 27 | 65,8 | 4 | 9,7 | 10 | 24,3 | 33 | 78,5 | 1 | 2,3 | 8 | 19,0 | 60 | 72,2 | 5 | 6,0 | 18 | 21,6 |
| 12.QCSA | 25 | 60,9 | 4 | 9,7 | 12 | 29,2 | 24 | 57,1 | 5 | 11,9 | 13 | 30,9 | 49 | 59,0 | 9 | 10,8 | 25 | 30,1 |
| 13.QCSA | 34 | 82,9 | 3 | 7,3 | 4 | 9,7 | 36 | 85,7 | 2 | 4,7 | 4 | 9,5 | 70 | 84,3 | 5 | 6,0 | 8 | 9,6 |
| 14.QCSA | 24 | 58,5 | 11 | 26,8 | 6 | 14,6 | 22 | 52,3 | 12 | 28,5 | 8 | 19,0 | 46 | 55,4 | 23 | 27,7 | 14 | 16,8 |
| 15.QCSA | 19 | 46,3 | 1 | 2,4 | 21 | 51,2 | 19 | 45,2 | 4 | 9,5 | 19 | 45,2 | 38 | 45,7 | 5 | 6,0 | 40 | 48,1 |
| 16.QCSA | 26 | 63,4 | 10 | 24,3 | 5 | 12,1 | 26 | 61,9 | 11 | 26,1 | 5 | 11,9 | 52 | 62,6 | 21 | 25,3 | 10 | 12,0 |
| 17.QCSA | 19 | 46,3 | 3 | 7,3 | 19 | 46,3 | 15 | 35,7 | 3 | 7,1 | 24 | 57,1 | 34 | 40,9 | 6 | 7,2 | 43 | 51,8 |
| 18.QCSA | 3 | 7,3 | 7 | 17,0 | 31 | 75,6 | 2 | 4,7 | 5 | 11,9 | 35 | 83,3 | 5 | 6,0 | 12 | 14,4 | 66 | 79,5 |
| 19.QCSA | 17 | 41,4 | 12 | 29,2 | 12 | 29,2 | 21 | 50,0 | 10 | 23,8 | 11 | 26,1 | 38 | 45,7 | 22 | 26,5 | 23 | 27,7 |
| 20.QCSA | 14 | 34,1 | 13 | 31,7 | 14 | 34,1 | 17 | 40,4 | 15 | 35,7 | 10 | 23,8 | 31 | 37,3 | 28 | 33,7 | 24 | 28,9 |
| 21.QCSA | 19 | 46,3 | 9 | 21,9 | 13 | 31,7 | 17 | 40,4 | 14 | 33,3 | 11 | 26,1 | 36 | 43,3 | 23 | 27,7 | 24 | 28,9 |
| 22.QCSA | 3 | 7,3 | 31 | 75,6 | 7 | 17,0 | 3 | 7,1 | 35 | 83,3 | 4 | 9,5 | 6 | 7,2 | 66 | 79,5 | 11 | 13,2 |
| 23.QCSA | 29 | 70,7 | 6 | 14,6 | 6 | 14,6 | 32 | 76,1 | 4 | 9,5 | 6 | 14,2 | 61 | 73,4 | 10 | 12,0 | 12 | 14,4 |
| 24.QCSA | 15 | 36,5 | 20 | 48,7 | 6 | 14,6 | 15 | 35,7 | 19 | 45,2 | 8 | 19,0 | 30 | 36,1 | 39 | 46,9 | 14 | 16,8 |
| 25.QCSA | 18 | 43,9 | 5 | 12,1 | 18 | 43,9 | 16 | 38,0 | 7 | 16,6 | 19 | 45,2 | 34 | 40,9 | 12 | 14,4 | 37 | 44,5 |

Em seguida, apresenta-se na Tabela 14 o resultado das de respostas certas por grupo de questões e por ordem decrescente, na globalidade, nos pais e adolescentes.

Verificou-se que, em todas as situações, a questão nº 6 pertencente ao grupo I (“questões relacionadas com sintomas de crises, fatores desencadeantes, tratamento e evolução da asma”) foi a que obteve maior percentagem de respostas certas e a questão nº7, pertencente ao grupo III (“questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença virica, clima, exercício e técnica inalatória”), a menor.

Tabela 14. *Frequências absolutas e frequências relativas de respostas certas, no AQK por ordem decrescente e grupo de questões no global, pais e adolescentes.*

| Grupo | Questões | Global (n=83) | | Questões | Pais (n=41) | | Questões | Adolescente (n=42) | |
|---------|----------|---------------|---------|----------|-------------|---------|----------|--------------------|------|
| | | n | % | | n | % | | n | % |
| I | 6.QCSA | 76 | 91,5 | 6.QCSA | 37 | 90,2 | 6.QCSA | 39 | 92,8 |
| | 3.QCSA | 74 | 89,1 | 3.QCSA | 36 | 87,8 | 3.QCSA | 38 | 90,4 |
| | 13.QCSA | 70 | 84,3 | 13.QCSA | 34 | 82,9 | 13.QCSA | 36 | 85,7 |
| | 23.QCSA | 61 | 73,4 | 23.QCSA | 29 | 70,7 | 11.QCSA | 33 | 78,5 |
| | 11.QCSA | 60 | 72,2 | 4.QCSA | 28 | 68,2 | 23.QCSA | 32 | 76,1 |
| | 4.QCSA | 54 | 65,0 | 11.QCSA | 27 | 65,8 | 4.QCSA | 26 | 61,9 |
| II | 9.QCSA | 56 | 67,4 | 2.QCSA | 29 | 70,7 | 9.QCSA | 29 | 69,0 |
| | 2.QCSA | 54 | 65,0 | 9.QCSA | 27 | 65,8 | 5.QCSA | 27 | 64,2 |
| | 16.QCSA | 52 | 62,6 | 16.QCSA | 26 | 63,4 | 16.QCSA | 26 | 61,9 |
| | 5.QCSA | 49 | 59,0 | 12.QCSA | 25 | 60,9 | 2.QCSA | 25 | 59,5 |
| | 12.QCSA | 49 | 59,0 | 14.QCSA | 24 | 58,5 | 12.QCSA | 24 | 57,1 |
| | 14.QCSA | 46 | 55,4 | 5.QCSA | 22 | 53,6 | 14.QCSA | 22 | 52,3 |
| | 1.QCSA | 41 | 49,3 | 1.QCSA | 20 | 48,7 | 1.QCSA | 21 | 50,0 |
| | 21.QCSA | 36 | 43,3 | 21.QCSA | 19 | 46,3 | 21.QCSA | 17 | 40,4 |
| 25.QCSA | 34 | 40,9 | 25.QCSA | 18 | 43,9 | 25.QCSA | 16 | 38,0 | |
| III | 19.QCSA | 38 | 45,7 | 17.QCSA | 19 | 46,3 | 19.QCSA | 21 | 50,0 |
| | 15.QCSA | 38 | 45,7 | 15.QCSA | 19 | 46,3 | 15.QCSA | 19 | 45,2 |
| | 17.QCSA | 34 | 40,9 | 19.QCSA | 17 | 41,4 | 20.QCSA | 17 | 40,4 |
| | 20.QCSA | 31 | 37,3 | 24.QCSA | 15 | 36,5 | 24.QCSA | 15 | 35,7 |
| | 24.QCSA | 30 | 36,1 | 20.QCSA | 14 | 34,1 | 17.QCSA | 15 | 35,7 |
| | 10.QCSA | 24 | 28,9 | 10.QCSA | 12 | 29,2 | 10.QCSA | 12 | 28,5 |
| | 8.QCSA | 23 | 27,7 | 8.QCSA | 12 | 29,2 | 8.QCSA | 11 | 26,1 |
| 7.QCSA7 | 4 | 4,8 | 7.QCSA | 2 | 4,8 | 7.QCSA | 2 | 4,7 | |
| IV | 22.QCSA | 6 | 7,2 | 22.QCSA | 3 | 7,3 | 22.QCSA | 3 | 7,1 |
| | 18.QCSA | 5 | 6,2 | 18.QCSA | 3 | 7,3 | 18.QCSA | 2 | 4,7 |

Os grupos de questões: *Grupo I.* Questões relacionado com sintomas de crises, fatores desencadeantes, tratamento e evolução. *Grupo II.* Questões relacionadas com sintomas da asma, fisiopatologia, causas, tratamento das crises, fatores emocionais, desporto e medidas de evicção. *Grupo III.* Questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença virica, clima, exercício e técnica inalatória. *Grupo IV.* Questões relacionadas com o conceito de alérgico e mecanismos de ação do broncodilatador.

Na Tabela 15 apresentam-se a soma das respostas erradas /não sei por grupos e por ordem decrescente na globalidade, pelos pais e pelos adolescentes. À semelhança do referido anteriormente, verifica-se que, em todas as situações em análise, é a questão nº 7 do grupo III (questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença virica, clima, exercício e técnica inalatória) e a questão nº 18 pertencente ao grupo IV (questões relacionadas com o conceito de alérgico e mecanismos de ação do broncodilatador).

Deste modo, na globalidade, o resultado do maior número da soma das questões erradas/não sei foi de 95,1% na questão nº 7 do grupo III (“questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença virica, clima, exercício e técnica inalatória”) sendo que, a questão com menor número foi de 8,4%, na questão nº 6 do grupo I (“questões relacionadas com sintomas de crises, fatores desencadeantes, tratamento e evolução da asma”). Os pais apresentam maior número na soma das questões erradas/ não sei, 95,1% na questão nº7 pertencente ao grupo III (“questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença virica, clima, exercício e técnica inalatória”), 92,6% nas questões nº18 e 22 pertencentes ao grupo IV (“questões relacionadas com conceito de alérgico e mecanismos de ação do broncodilatador”) e menor frequência na incorreção valor 9,7% na questão nº6 pertencente ao grupo I. Os adolescentes expõem maior número na soma das questões erradas/não sei, 95,2% nas questões nº7 pertencente ao grupo III (questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença virica, clima, exercício e técnica inalatória”) e nº 18 pertencente ao grupo IV (“questões relacionadas com conceito de alérgico e mecanismos de ação do broncodilatador”) o menor valor 7,1% na questão nº 6 pertencente ao grupo I, (ver Tabela 15).

Tabela 15. *Frequências absolutas e frequências relativas da soma das respostas erradas/não sei por ordem decrescente, por grupos de questões no global, pais e adolescentes no AQK.*

| Grupo | Questões | Global (n=83) | | Questões | Pais (n=41) | | Questões | Adolescente (n=42) | |
|-------|----------|---------------|------|----------|-------------|------|----------|--------------------|------|
| | | n | % | | n | % | | n | % |
| I | 4.QCSA | 29 | 34,9 | 11.QCSA | 14 | 34,1 | 4.QCSA | 16 | 38,0 |
| | 11.QCSA | 23 | 27,7 | 4.QCSA | 13 | 31,7 | 11.QCSA | 9 | 21,4 |
| | 23.QCSA | 22 | 26,5 | 23.QCSA | 12 | 29,2 | 23.QCSA | 10 | 23,8 |
| | 13.QCSA | 13 | 15,6 | 13.QCSA | 7 | 17,0 | 13.QCSA | 6 | 14,2 |
| | 3.QCSA | 9 | 10,8 | 3.QCSA | 5 | 12,1 | 3.QCSA | 4 | 9,5 |
| | 6.QCSA | 7 | 8,4 | 6.QCSA | 4 | 9,7 | 6.QCSA | 3 | 7,1 |
| II | 25.QCSA | 49 | 59,0 | 25.QCSA | 23 | 56,0 | 25.QCSA | 26 | 61,9 |
| | 21.QCSA | 47 | 56,6 | 21.QCSA | 22 | 53,6 | 21.QCSA | 25 | 59,5 |
| | 1.QCSA | 42 | 50,6 | 1.QCSA | 21 | 51,2 | 1.QCSA | 21 | 50,0 |
| | 14.QCSA | 37 | 44,5 | 5.QCSA | 19 | 46,3 | 14.QCSA | 20 | 47,6 |
| | 5.QCSA | 34 | 40,9 | 14.QCSA | 17 | 41,4 | 12.QCSA | 18 | 42,8 |
| | 12.QCSA | 34 | 40,9 | 12.QCSA | 16 | 39,0 | 2.QCSA | 17 | 40,4 |
| | 16.QCSA | 31 | 37,3 | 16.QCSA | 15 | 36,5 | 16.QCSA | 16 | 38,0 |
| | 2.QCSA | 29 | 34,9 | 9.QCSA | 14 | 34,1 | 5.QCSA | 15 | 35,7 |
| III | 9.QCSA | 27 | 32,5 | 2.QCSA | 12 | 29,2 | 9.QCSA | 13 | 30,9 |
| | 7.QCSA | 79 | 95,1 | 7.QCSA | 39 | 95,1 | 7.QCSA | 40 | 95,2 |
| | 8.QCSA | 60 | 72,2 | 10.QCSA | 29 | 70,7 | 8.QCSA | 31 | 73,8 |
| | 10.QCSA | 59 | 71,0 | 8.QCSA | 29 | 70,7 | 10.QCSA | 30 | 71,4 |
| | 24.QCSA | 53 | 63,8 | 20.QCSA | 27 | 65,8 | 24.QCSA | 27 | 64,2 |
| | 20.QCSA | 52 | 62,6 | 24.QCSA | 26 | 63,4 | 17.QCSA | 27 | 64,2 |
| | 17.QCSA | 49 | 59,0 | 19.QCSA | 24 | 58,5 | 20.QCSA | 25 | 59,5 |
| | 15.QCSA | 45 | 54,2 | 17.QCSA | 22 | 53,6 | 15.QCSA | 23 | 54,7 |
| IV | 19.QCSA | 45 | 54,2 | 15.QCSA | 22 | 53,6 | 19.QCSA | 21 | 50,0 |
| | 18.QCSA | 78 | 93,9 | 18.QCSA | 38 | 92,6 | 18.QCSA | 40 | 95,2 |
| | 22.QCSA | 77 | 92,7 | 22.QCSA | 38 | 92,6 | 22.QCSA | 39 | 92,8 |

Os grupos de questões: *Grupo I.* Questões relacionado com sintomas de crises, fatores desencadeantes, tratamento e evolução. *Grupo II.* Questões relacionadas com sintomas da asma, fisiopatologia, causas, tratamento das crises, fatores emocionais, desporto e medidas de evicção. *Grupo III.* Questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença virica, clima, exercício e técnica inalatória. *Grupo IV.* Questões relacionadas com o conceito de alérgico e mecanismos de ação do broncodilatador.

4.4. Comparação dos resultados dos conhecimentos sobre asma brônquica entre adolescentes e pais

As duas variáveis (conhecimentos dos pais e dos adolescentes) quando comparados os resultados, comprovam não haver grande variabilidade entre os conhecimentos dos pais e adolescentes. Os conhecimentos dos adolescentes aumentam na mesma proporção dos conhecimentos dos pais (se os conhecimentos dos pais aumentam os conhecimentos dos filhos também aumentam).

A Figura 2 apresenta o gráfico da correlação dos conhecimentos sobre asma brônquica dos pais face ao conhecimento dos adolescentes obtidos com o instrumento utilizado na recolha de informação (QCSA) aos adolescentes e pais. As variáveis não seguem uma distribuição normal.

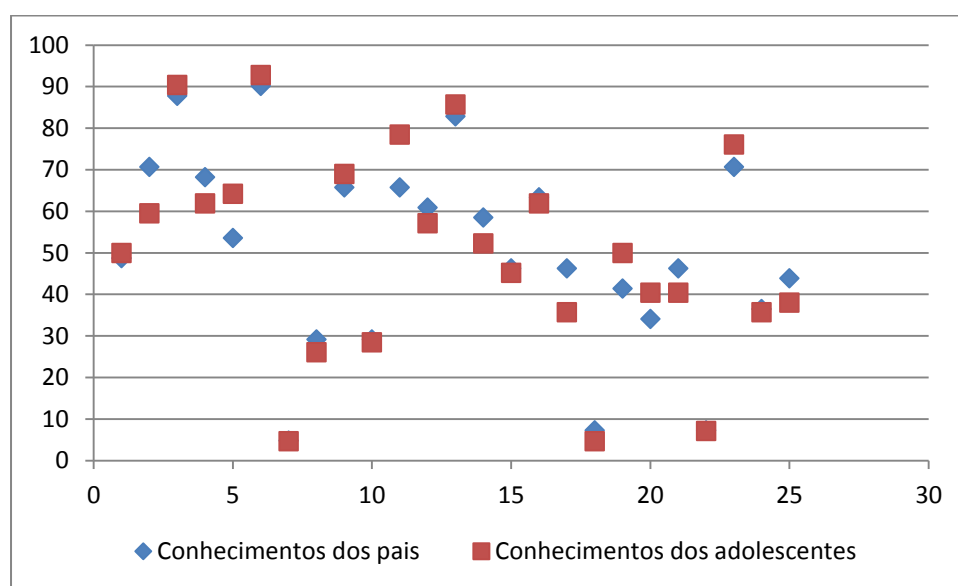


Figura 2. Correlação dos conhecimentos sobre asma brônquica dos pais face aos adolescentes.

A Figura 3 apresenta a o gráfico dos conhecimentos sobre asma brônquica na globalidade (conhecimentos dos pais com os adolescentes) obtidos no instrumento de recolha de informação (QCSA) aos adolescentes e pais.

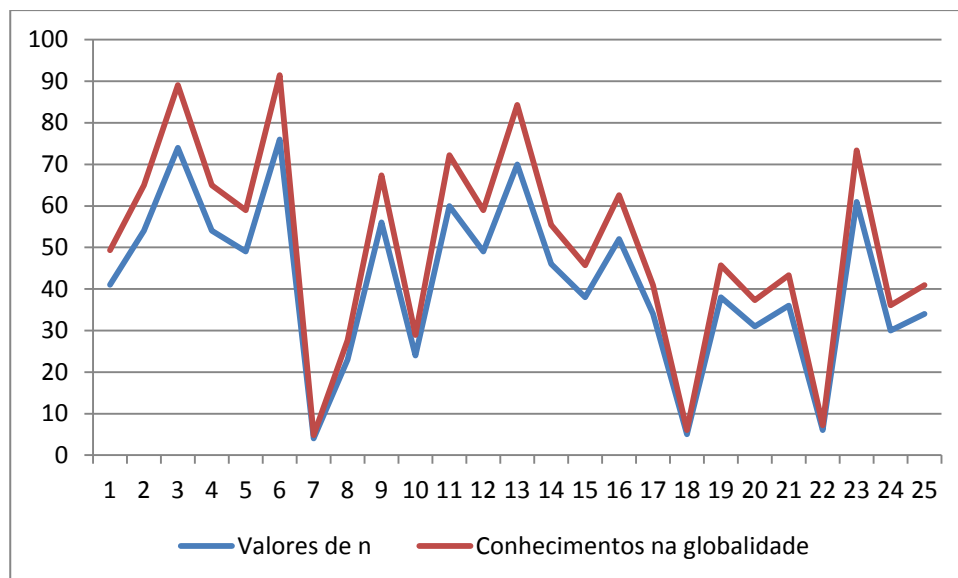


Figura 3. *Conhecimentos na globalidade (pais e adolescentes) sobre asma brônquica.*

Na Tabela 16 apresenta-se a associação entre variáveis com recurso ao coeficiente de correlação intraclass na pontuação dos conhecimentos sobre asma brônquica entre pais e adolescentes. Verifica-se que a variabilidade da média das pontuações dos pais foi de 12,6 e 12,5 para os adolescentes.

A variabilidade do coeficiente de correlação intraclass (ICC) foi de 0,33, sendo esta associação baixa (Pestana & Gageiro, 2014).

O limite superior e o inferior do intervalo de confiança foi de 0,029; 0,58 para o intervalo a 95% do coeficiente de correlação intraclass. Conclui-se que, os conhecimentos dos pais aumentam na mesma proporção com os conhecimentos dos filhos (adolescentes).

Tabela 16. *Coefficiente de correlação intraclass na pontuação dos conhecimentos sobre asma (QCSA) entre pais, adolescentes e globalmente.*

| | Média | Desvio padrão (DP) | Min-Max | ICC(1) | ICC (IC 95% ICC) (2) |
|--------------|--------------|---------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|
| Pais | 12,6 | 4,5 | 0-20 | 0,33 | 0,029; 0,58 |
| Adolescentes | 12,5 | 3,6 | 0-18 | | |

(1) ICC- Interclass Coeficiente de correlação; (2)-Intervalo de confiança a 95% para o IC

A Tabela 17 apresenta os resultados de concordância (pc) na distribuição global (adolescentes e pais) para cada questão certa e errada. A estatística Kappa e respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%.

A concordância global nas questões certas variou entre 97,6% no item 18 relacionado com “um alérgico é o anticorpo que falta aos asmáticos” e 68,3% no item 2 relacionado com “a asma é devida a uma inflamação dos pulmões”.

A estatística de *Kappa* variou entre 0,80, na questão 25, relacionado com “há menos pessoas com asma hoje do que há 10 anos” e -0,09 na questão nº 6 relacionada com “no início de um ataque, pode sentir um aperto no peito ou pieira”.

Segundo os indicadores de força, verifica-se uma boa concordância de *Kappa de Cohen*, quando o valor é de 0,61-0,8 e muito boa com valores entre 0,81-1 (Pestana & Gageiro, 2014). Na distribuição das respostas certas, verifica-se que os resultados de concordância variaram entre 82,9% na questão nº 3 “fumar em casa pode piorar a asma de uma criança” e 2,4% na questão nº7 “usa-se um registo de DMI para ter a certeza que os seios perinasais estão abertos”.

Para as respostas errado/não sabe os valores de concordância variaram entre 92,7% na questão nº 7 e 18, respetivamente, “usa-se um registo de DMI para ter a certeza que os seios perinasais estão abertos” e “um alérgico é o anticorpo que falta aos asmáticos” e 4,9% na questão nº3 ”fumar em casa pode piorar a asma de uma criança”.

Para inferir a estatística, Pestana e Gageiro (2014, p. 319) refere que “[O] *kappa de Cohen* é uma medida de concordância ou de semelhança entre as categorias homólogas de duas variáveis (...). “[A] estatística *Kappa* compara a proporção observada de células concordantes com a esperada sob a hipótese nula de independência” (...). A concordância do *kappa de Cohen*” para cada questão variou entre 2,1; 0,35 e 0,036; 0,554.

É habitual multiplicar o valor de Kappa por 100 de forma à concordância ser expressa em percentagem” (ibidem).

Tabela 17. *Distribuição dos resultados da concordância entre pais e adolescentes dos conhecimentos sobre asma*

| Variáveis | PC (Global) | PC (Certo) | Errado/Não Sabe | Kappa | IC 95% Kappa |
|-----------|----------------|---------------|--------------------|-------|--------------|
| | % | % | % | | % |
| 1.QCSA | 80,5 | 39,0 | 41,5 | 0,61 | 0,124;0,000 |
| 2.QCSA | 68,3 | 48,8 | 19,5 | 0,31 | 2,1;0,35 |
| 3.QCSA | 87,8 | 82,9 | 4,9 | 0,37 | 0,223;0,15 |
| 4.QCSA | 80,5 | 56,1 | 24,4 | 0,56 | 0,135;0,000 |
| 5.QCSA | 82,9 | 51,2 | 31,7 | 0,650 | 0,116;0,000 |
| 6.QCSA | 82,9 | 82,9 | 0,0 | -0,09 | 0,036;0,554 |
| 7.QCSA | 95,1 | 2,4 | 92,7 | 0,47 | 0,317;0,002 |
| 8.QCSA | 78,1 | 17,1 | 61,0 | 0,45 | 0,154;0,003 |
| 9. QCSA | 78,1 | 56,2 | 22,0 | 0,50 | 0,143;0,001 |
| 10. QCSA | 80,5 | 19,5 | 61,0 | 0,52 | 0, 146;0,001 |
| 11. QCSA | 78,1 | 61,0 | 17,1 | 0,46 | 0,146;0,002 |
| 12. QCSA | 82,9 | 51,2 | 31,7 | 0,64 | 0,122;0,000 |
| 13. QCSA | 78,1 | 73,2 | 4,9 | 0,17 | 0,186;0,252 |
| 14. QCSA | 75,6 | 43,9 | 31,7 | 0,50 | 0,135;0,001 |
| 15. QCSA | 75,6 | 34,1 | 41,5 | 0,51 | 0,135;0,001 |
| 16. QCSA | 83,0 | 53,7 | 29,3 | 0,63 | 0,124;0,000 |
| 17 QCSA | 80,5 | 31,7 | 48,8 | 0,60 | 0,124;0,000 |
| 18 QCSA | 97,6 | 4,9 | 92,7 | 0,78 | 0,205;0,000 |
| 19 QCSA | 80,5 | 36,6 | 43,9 | 0,61 | 0,121;0,000 |
| 20 QCSA | 78,0 | 26,8 | 51,2 | 0,53 | 0,134;0,001 |
| 21 QCSA | 73,2 | 29,3 | 43,9 | 0,455 | 0,139;0,003 |
| 22 QCSA | 95,1 | 4,9 | 90,2 | 0,64 | 0,235;0,000 |
| 23 QCSA | 80,5 | 63,4 | 17,1 | 0,55 | 0,151;0,001 |
| 24 QCSA | 80,5 | 26,8 | 53,7 | 0,57 | 0,132;0,000 |
| 25 QCSA | 90,3 | 36,6 | 53,7 | 0,80 | 0,095;0,000 |

Na Figura 4 apresentamos os conhecimentos sobre asma brônquica dos pais obtidos no questionário dos conhecimentos sobre asma (QCSA).

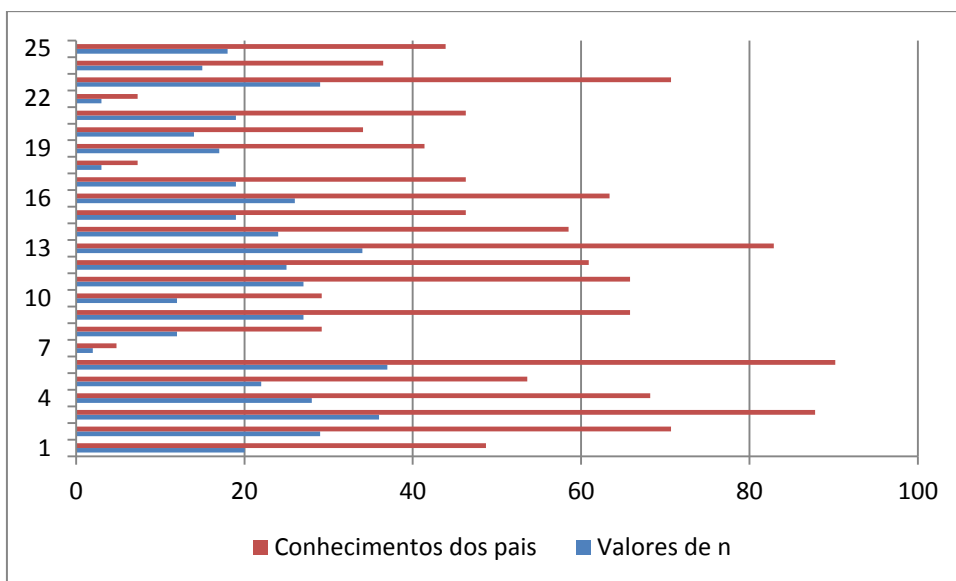


Figura 4. *Conhecimentos dos pais sobre asma brônquica.*

Na Figura 5 apresentamos os conhecimentos sobre asma brônquica obtidos pelos adolescentes no questionário dos conhecimentos sobre asma (QCSA).

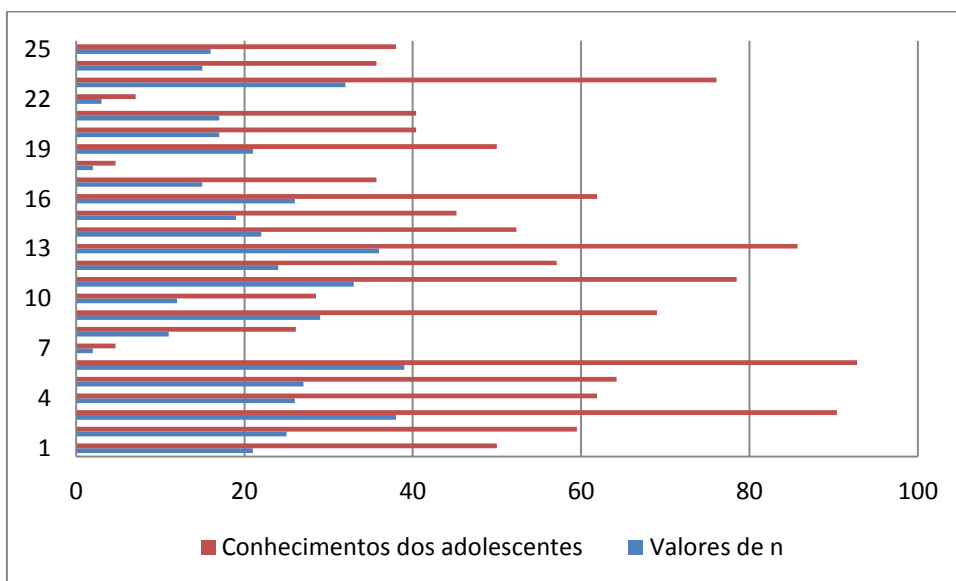


Figura 5. *Conhecimentos dos adolescentes sobre asma brônquica.*

A Tabela 18 apresenta a distribuição das pontuações obtidas no questionário de conhecimentos sobre asma pelos adolescentes e pais (medidas de tendência central relativas ao conhecimento).

A pontuação das respostas certas nos adolescentes variou entre 0 e 18, sendo que 50% dos adolescentes obtiveram valores iguais ou superiores a 13 de respostas certas e 25% obteve valores inferiores ou iguais a 10,8; a mediana foi de 13.

O valor das pontuações de resposta certa nos pais variou entre 0 e 20. Cinquenta por cento dos pais obtiveram valores iguais ou superiores a 13 de respostas certas. Vinte e cinco por cento deles obtiveram valores inferiores ou iguais a 11; a mediana foi de 13.

A amplitude interquartil variou entre 10,8 e 15 para os adolescentes entre 11 e 15,5 para os pais. Quanto maior é a amplitude maior é a dispersão dos valores da variável.

Tabela18. *Distribuição das pontuações obtidas pelos adolescentes e pais*

| Pontuações (medidas de tendência central) | Adolescentes | Pais |
|--|---------------------|-------------|
| Mínimo | 0 | 0 |
| Percentil 5% | 4,5 | 0,0 |
| Percentil 25% ou 1º Quartil | 10,8 | 11,0 |
| Percentil 50% ou 2º Quartil | 13,0 | 13,0 |
| Percentil 75% ou 3º Quartil | 15,0 | 15,5 |
| Percentil 95% | 18,0 | 18,0 |

5. Estudo das hipóteses

Neste ponto, proceder-se-á ao estudo das hipóteses, sendo fundamental analisar a distribuição da normalidade dos conhecimentos.

Para o efeito recorreu-se a uma convenção frequentemente utilizada e que assenta no cálculo do coeficiente da divisão entre o valor de assimetria (Skewness) pelo erro padrão da assimetria e o valor do coeficiente da divisão da Curtose (Kurtosis) pelo erro padrão da Curtose. Segundo Kline (2011) estes coeficientes são utilizados para comparar a forma da distribuição em estudo com uma distribuição normal, pode então assumir-se que a distribuição dos dados é do tipo normal desde que os valores dos coeficientes descritos estejam dentro de um intervalo de $]-3;3[$.

Assim, como podemos constatar na Tabela 19, os conhecimentos não seguem a distribuição normal.

Tabela 19. *Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose, segundo os conhecimentos sobre asma para adolescentes e pais*

| Conhecimentos sobre asma | Medida | Valor | Erro-padrão | Coeficiente |
|--------------------------|------------|-------|-------------|-------------|
| <i>Adolescentes</i> | Assimetria | -1,0 | 0,3 | -2,9 |
| | Curtose | 2,5 | 0,7 | 3,4 |
| <i>Pais</i> | Assimetria | -1,4 | 0,3 | -3,9 |
| | Curtose | 2,5 | 0,7 | 3,5 |

- Hipótese 1. Existem diferenças entre a distribuição dos conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e os conhecimentos dos pais:

Verifica-se, na Tabela 20, que não há diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição dos conhecimentos dos pais e adolescentes ($p\ value = 0,592$; $U\ Mann-Whitney = 802,5$), pelo que não se confirma a hipótese.

Tabela 20. *Ordem média, valores do U Mann-Whitney e de prova dos conhecimentos sobre asma brônquica dos adolescentes e pais*

| Conhecimentos | Ordem média | U Mann-Whitney | p (value) |
|---------------|-------------|----------------|-----------|
| Adolescentes | 40,60 | 802,5 | 0,592 |
| Pais | 43,43 | | |

- Hipótese 2. Há correlação entre os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e a idade.

Como se pode observar na Tabela 21 existe uma correlação fraca ($r_s=0,28$) não existindo diferenças estatisticamente significativas, entre os conhecimentos e a idade ($p\ value =0,858$). Não se confirma, assim, a hipótese.

Tabela 21. *Relação entre os conhecimentos sobre asma nos adolescentes com a idade*

| Conhecimentos sobre asma brônquica nos adolescentes | Coefficiente de correlação <i>Spearman's rho</i> | p value |
|---|---|---------|
| Idade | 0,28 | 0,858 |

- Hipótese 3. Há relação entre os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e as variáveis sociodemográficas (sexo e habilitações literárias).

Observa-se na Tabela 22 que não existe relação estatisticamente significativas entre os conhecimentos dos adolescentes sobre asma brônquica e o sexo ($p\ value =0,57$; $U\ Mann-Whitney = 151,0$), assim como entre os conhecimentos e as habilitações literárias ($p\ value =0,86$; $U\ Mann-Whitney = 174,0$). Deste modo, a hipótese não se confirma.

Tabela 22. Relação entre os conhecimentos sobre asma nos adolescentes com a variável sexo, habilitações Literárias

| Conhecimentos dos adolescentes | | Ordem média | <i>U Mann-Whitney</i> | <i>p (value)</i> |
|--------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------|------------------|
| Sexo | Masculino | 22,13 | 151,0 | 0,57 |
| | Feminino | 19,73 | | |
| Habilitações literárias | 1º até ao 3º ano | 21,70 | 174,00 | 0,86 |
| | Secundário até ao superior | 21,00 | | |

- Hipótese 4. Há correlação entre os conhecimentos sobre asma brônquica dos pais e a idade.

Como se pode observar na Tabela 23 existe uma correlação fraca ($r_s=0,253$) não existindo diferenças estatisticamente significativas, entre os conhecimentos e a idade ($p\ value =0,110$). Não se confirma, assim, a hipótese.

Tabela 23. Relação entre os conhecimentos sobre asma nos pais com a variável idade

| Conhecimentos sobre asma brônquica nos pais | Coefficiente de correlação Spearman's rho | <i>p (value)</i> |
|---|---|------------------|
| Idade | 0,253 | 0,110 |

- Hipótese 5. Há relação entre os conhecimentos dos pais dos adolescentes com asma brônquica e as variáveis sociodemográficas (sexo e habilitações literárias).

Observa-se na Tabela 24 que não existe relação estatisticamente significativas entre os conhecimentos dos pais dos adolescentes sobre asma brônquica e o sexo ($p\ value =0,447$; $U\ Mann-Whitney = 0.82$), assim como entre os conhecimentos e as habilitações literárias ($p\ value =0,592$; $U\ Mann-Whitney = 119,0$). Deste modo, a hipótese não se confirma.

Tabela 24. *Relação entre os conhecimentos sobre asma dos pais com a variável sexo, habilitações literárias.*

| Conhecimentos dos adolescentes | | Ordem média | <i>Mann-Whitney</i> | <i>P (value)</i> |
|--------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------|------------------|
| Sexo | Masculino | 17,17 | 0,82 | 0,447 |
| | Feminino | 21,09 | | |
| Habilitações literárias | 1º Até ao 3º ciclo | 19,47 | 119,0 | 0,592 |
| | Secundário até ao superior | 21,78 | | |

- Hipótese 6. Há relação entre os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e a utilização dos serviços de urgência.

Observa-se na Tabela 25 que não há diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos dos adolescentes e a utilização dos serviços de urgência (*p value* =0,671; *U Mann-Whitney* =196,0), pelo que a hipótese não se confirma.

Tabela 25. *Relação entre os conhecimentos sobre asma nos adolescentes com a variável idas ao serviço de urgência*

| Conhecimentos sobre asma brônquica dos adolescentes | | Ordem média | <i>Mann-Whitney</i> | <i>p (value)</i> |
|---|-----|-------------|---------------------|------------------|
| Idas ao serviço de urgencia | Sim | 22,47 | 196,0 | 0,671 |
| | Não | 20,84 | | |

- Hipótese 7. Há relação entre os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e o número de idas ao serviço de urgência.

Observa-se na Tabela 26 que não há diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos dos adolescentes com o número de idas ao serviço de urgência (*p value* = 0,793; *kruskal wallis*= 1,035). Pode-se inferir que, a hipótese não se confirma.

Tabela 26. Relação entre os conhecimentos sobre asma dos adolescentes com a variável número de idas ao serviço de urgência

| Conhecimentos sobre asma brônquica dos adolescentes | | Ordem média | <i>kruskal wallis</i> | <i>p (value)</i> |
|---|-------------|-------------|-----------------------|------------------|
| Número de vezes ao serviço de urgência | Nenhuma vez | 18,96 | 1,035 | 0,793 |
| | Uma vez | 13,83 | | |
| | Duas vezes | 21,50 | | |
| | Três vezes | 18,63 | | |

6. Discussão dos resultados

Neste ponto iremos proceder à discussão dos resultados considerando a perspectiva de autores e a nossa análise crítica e reflexiva.

A asma é uma doença do foro respiratório e segundo o relatório ONDR (2016, p. 12) “estes doentes necessitam de acompanhamento constante e do envolvimento de familiares, amigos, cuidadores e cidadãos no controle e compreensão da doença”. Estas experiências adquirem um cariz particular na situação de crianças e jovens.

Assim, com o presente estudo pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos: medir os conhecimentos dos adolescentes com asma brônquica e dos pais; comparar os conhecimentos entre eles; determinar a influência dos aspetos sociodemográficos (idade, habilitações literárias e sexo) nos conhecimentos sobre asma brônquica dos pais, adolescentes; relacionar os conhecimentos dos pais e adolescentes com o recurso ao serviço de urgência.

Trata-se de um estudo transversal descritivo correlacional, realizado na Consulta Externa de Pediatria de um Hospital da Região Norte.

Da análise inferencial constatamos que não existem relações estatisticamente significativas entre os conhecimentos dos adolescentes e dos pais. O questionário “*Asthma Knowledge Questionnaire*” (Ho et al., 2003), traduzido e validado para a população Portuguesa (Lopes, Delgado & Ferreira, 2004) contém 25 itens (questões sobre aspetos clínicos, factores desencadeantes e de agravamento, etiopatogenia e terapêutica) e um questionário para caracterização sociodemográfica/clinica. O universo foi constituído por 92 pais e 92 adolescentes, aos quais foi enviado pelo correio para recolha de informação. Responderam 42 adolescentes e 41 pais.

Verificou-se que foram as mães que maioritariamente (82,9%), responderam ao questionário. Igualmente no estudo Lopes, Delgado e Ferreira (2008) das 92 adolescentes, 34% eram do sexo feminino e do grupo dos pais, 91 (96%) eram do sexo feminino. Este aspeto, evidência de forma marcada a assunção da responsabilidade do cuidar dos filhos como um atributo “naturalmente” materno e porventura maior recetividade por parte das mesmas. Outro estudo realizado por Ferreira e Wandalsen (2014, p. 166) sobre “Prevalência e gravidade da sibilância no primeiro ano de vida no Município de Santo André” concluiu que as mães responderam 846 (82,2%). Mais uma vez se reforça o papel cuidativo da mulher, especialmente no acompanhamento dos filhos. Concluiu o estudo de Mercer (2004) que a mulher inicia a sua identidade afectuosa com os filhos logo que, se torna mãe através da conciliação e envolvimento

com o filho (a). Dessen e Braz (2000, p. 222) referem que “com chegada de um novo filho, são exigidas da família novas estratégias para lidar com as tarefas de desenvolvimento, capacidade de adaptação para receber o novo membro e habilidades para administrar as necessidades emergentes”. Em relação aos adolescentes os respondentes são maioritariamente do sexo masculino, o que se poderá explicar, pelo menos, em parte, pelo fato da prevalência da doença ser maior nos rapazes. O Relatório do ONDR (2016, p. 59) aponta neste sentido, salientando a idade pediátrica com a maior frequência de internamentos. Também, noutros estudos, nomeadamente o de Santalha, Correia, Costa e Matos (2011, p.17) sobre “Avaliação do controlo da asma e rinite na perspetiva dos adolescentes” concluiu que 100 adolescentes responderam ao questionário, dos quais 59% eram do sexo masculino. Do mesmo modo, o estudo de Lopes, Delgado e Ferreira (2008) sobre “Asma Brônquica Pediátrica” 63 (66%) dos respondentes eram do sexo masculino. Contudo, no estudo de Parente (2013, p. 45) os adolescentes respondentes são maioritariamente do sexo feminino.

Relativamente à idade dos adolescentes, a média situa-se em $13,5 \pm 2,4$ anos, variando entre os 10 e os 18 anos, o que com certeza se explica com a idade indicada para a aplicação do instrumento utilizado.

Relativamente à escolaridade, os pais e os adolescentes situam-se maioritariamente entre o 1º ciclo e o 3º ciclo. No estudo Lopes, Delgado e Ferreira (2008) verificou-se que a maioria das crianças/adolescentes tinham o 3.º ciclo e os pais tinham na maioria o 1.º e 2.º ciclo.

No que se refere às condições habitacionais, pese embora a totalidade dos quartos apresente condições de arejamento, ou seja, todos têm janela, 30,9% consideram que a temperatura não é adequada, 16,6% refere humidade no quarto, 7,1% tem cortinados com muito tecido, mais de três tapetes, 9,5% usa cobertores com pelo, 11,9% não utiliza aspirador para limpar a casa, 14,3% limpa o quarto com vassoura, 14,3% possuiu animais domésticos dentro de casa, 7,1% considera que não tem estilos de vida saudáveis, 69% não tem o hábito de realizar exercícios respiratórios e 57,1% faz tratamento com vacinas preventivas e 97,6% tem medicação de urgência para a asma no domicílio. Também no estudo de Parente (2013), se verifica um conjunto de aspetos suscetíveis de serem modificados favoravelmente em relação à saúde dos adolescentes. Para o efeito, urge que tanto pais como adolescentes sejam dotados de competências para que tomem decisões mais adequadas às condições clínicas dos adolescentes.

Neste contexto, a educação para a saúde é estruturante dos processos de capacitação dos indivíduos e família. Impõe-se aos profissionais de saúde domínio de estratégias de intervenção, nesta área, diversificadas designadamente abordagens efetivas de cariz motivacional. De acordo com Santos (2010), a intervenção deve envolver também a escola

enquanto *setting* preferencial.

No que se refere aos conhecimentos, verifica-se que o *score* médio obtido é muito semelhante entre pais e adolescentes, sendo respetivamente de 12,6 e 12,5 não se encontrando diferenças estatísticas significativas. O estudo de Parente (2013) corrobora estes resultados. Assim, sendo este *score* relativamente baixo exige novas reflexão e provavelmente estratégias mais efetivas para que se reverta esta situação.

Da análise pormenorizada dos conhecimentos dos adolescentes e pais, verificou-se que a soma das respostas “erradas e não sei” sobre asma na globalidade, variou entre 8,4% e os 95,1%, sendo a questão n.º7 “usa-se um registo de DEMI” (débito expiratório máximo instantâneo), para ter a certeza que os seios perinasais estão abertos (teste de sopro para detetar se há sinusite) com maior percentagem. O défice de conhecimentos nesta área poder-se-á repercutir a nível da monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória.

Nos pais, a soma das respostas “erradas” e “não sei” variou entre 95,1% e 9,7%, sendo que o valor maior (95,1%) recaiu na questão n.º 7 (usa-se um registo de DEMI (débito expiratório máximo instantâneo), e n.º 18 e 22, relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória e com o conceito de alergénio de ação do broncodilatador respetivamente. Nos adolescentes a soma das respostas “erradas” e “ não sei” inscrevem-se maioritariamente na questão n.º 7 relacionada com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória (95,2%) e na questão 18 (um alergénio é o anticorpo que falta aos asmáticos), relacionada com o conceito de alergénio e mecanismo de ação do brocodilatador (95,2%).

No estudo Parente (2013), as questões com resposta erradas nos pais, também estavam relacionadas com o conhecimento sobre monitorização da doença, causas, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória. No estudo Lopes (2008, p. 248) as questões “erradas com maior percentagem e com poucos a não saber responder, foram as questões n.º 10, 14, 16, 21, 22, e 24, questões relacionadas com o facto de a maioria dos asmáticos ter de ir ao hospital quando têm uma crise e que o ficar enervado/a, chorar ou rir não pode desencadear um ataque”. Ainda no mesmo estudo de Lopes (2008, p. 247) concluiu que na globalidade (pais e adolescentes) a percentagem de “respostas certas variou entre 10% (questão n.º 18- Um alergénio é o anticorpo que falta aos asmáticos)” e os 98% (questão n.º 3 - “Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança”) questão relacionada também com sintomas de crises, fatores desencadeantes, tratamento e evolução. Os resultados obtidos das respostas certas dos adolescentes foram, nas questões relacionadas com o conhecimento de

sintomas da asma, natureza inflamatória da doença, do efeito dos cheiros, fumo ou poluição no aparecimento das crises (...). Os resultados dos pais das respostas certas foram também nas questões relacionadas com sintomas das crises, fisiopatologia e factores desencadeantes e medidas de evicção”.

No que se refere à correlação de conhecimentos de adolescentes e pais verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre as mesmas.

O maior défice de conhecimentos quer de pais quer de adolescentes é obviamente na sua globalidade, situa-se nas questões relacionadas com o grupo IV e com a questão nº 7 e 8 do grupo III.

No que se refere ao estudo do efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre os conhecimentos, verificou-se que não existem relações estatisticamente significativas entre os conhecimentos, o sexo e as habilitações literárias, quer no grupo de pais quer no grupo de adolescentes. O mesmo acontece no que se refere ao conhecimento e à idade.

Também, no estudo de Parente (2013), não se verificou correlação estatisticamente significativa entre os conhecimentos e as variáveis sociodemográficas.

Salienta-se ainda, que no nosso estudo, no grupo de adolescentes não existe relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos e o recurso aos serviços de urgência, bem como, entre os conhecimentos e o número de idas ao serviço de urgência.

Parente (2013) verificou não existir associações estatisticamente significativas entre os conhecimentos e o número de idas ao serviço de urgência.

Tendo em conta, que a doença asmática constitui uma das prioridades da doença crónica, dos impactos que ela tem na vida das pessoas e suas famílias, bem como, na gestão dos serviços de saúde, urge responsabilizar pela promoção do potencial máximo da sua saúde. Esta realidade desafia contudo em primeira mão a uma reflexão dos próprios profissionais de saúde sobre a capacitação efetiva dos indivíduos, para que estes tomem as decisões clínicas mais adequadas. Neste contexto, os conhecimentos específicos sobre a gestão da doença, não se constituindo condição única, são de facto de relevância extrema no processo.

A produção de evidência científica aplicada na gestão das organizações, de forma sistemática e continuada, em conjunto com os demais pressupostos da governação clínica e de saúde são fundamentais para que se faça face a problemáticas de índole prioritária como é o caso da asma brônquica no adolescente.

Conclusões, sugestões e limitações

Finalizando a análise dos resultados obtidos, apresentam-se as conclusões mais significativas do estudo.

O presente estudo desenvolveu-se na Consulta Externa de Pediatria, de um hospital da região Norte do país e teve por objetivo a avaliação de conhecimentos sobre asma brônquica de adolescentes e pais.

A população inquirida, no que se refere aos adolescentes, é predominantemente do sexo masculino (73,8%), possuindo escolaridade entre o 1º e o 3º ciclo (71,4%), com a média de idades de 13,5anos.

Os pais são predominantemente do sexo feminino (82,9%), com escolaridade também entre o 1º e 3º ciclo e com a média de idades de 42,8 anos.

Do ponto de vista clínico como fatores positivos constata-se a referência a quartos com janelas, na totalidade dos inquiridos, ausência de cortinados e de alcatifas no chão. Como aspetos a melhorar salienta-se a necessidade de investir na capacitação no âmbito da realização de exercícios respiratórios (só realizada por 69% dos inquiridos) e de algumas medidas de higienização de habitação.

Outro dos aspetos que se deve ter em conta na consulta de pediatria é a possibilidade de adequação da temperatura ambiente da habitação, dado que nos encontramos numa região geográfica onde a maioria dos concelhos regista fortes amplitudes térmicas.

Salienta-se que a maioria dos inquiridos recorrem a terapêuticas preventivas, e uma parte substancial em situações de crise. Os internamentos foram referidos por cerca de 5% dos inquiridos.

No que se refere, aos conhecimentos na sua globalidade, não há diferenças estatísticas significativas entre pais e filhos. É no domínio dos sintomas de crise, fatores desencadeantes, tratamento e evolução da doença que se regista maior conhecimento quer por parte dos pais quer adolescentes. As áreas de conhecimento mais frágeis situam-se em torno do conceito de alergénio e do mecanismo de ação do broncodilatador.

Verificou-se ainda, a não existência de relações estatisticamente significativas no que se refere ao estudo da relação entre os conhecimentos, a idade, o sexo, a escolaridade quer de pais,

quer de filhos. Na mesma linha, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre conhecimentos e recursos aos serviços de urgência. Uma das limitações deste estudo relaciona-se com a baixa taxa de resposta aos questionários.

Sugere-se que em estudos posteriores sejam contactados os pais em momento prévio à consulta no sentido de melhorar a representatividade da participação. De qualquer modo, importa que os resultados obtidos sejam apresentados e discutidos com a equipa de saúde para melhorar/innovar a prática de cuidados. Importa ainda, tratando-se de uma doença crónica prioritária e com prevalência acentuada nos jovens, em particular do sexo masculino, promover medidas de articulação entre os cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e escola de saúde, tendo como parceiros centrais o adolescente e família.

Referências bibliográficas

Livros e artigos

- Araújo, A., Rocha, R. L., & Alvim, C. G., (2014). Adolescência e manejo da asma: perspectiva dos assistidos na atenção primária à saúde. *Revista paulista de pediatria*; 32 (3): 171-176. Elsevier. Recuperado de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2530/1/RER_3_157-166.pdf
- Albuquerque, C. M. S. (org.) (2012). Comportamentos de saúde infanto-juvenis: perspetivas e realidades. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/comportamentos-de-saude-infanto-juvenis-realidades-e-perspetivas.aspx>
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). Metodologia da investigação em psicologia e educação (3ª ed.). Braga: *Psiquilíbrios*. Recuperado de http://www.ispa.pt/biblioteca/localizacao_do_documento/m.htm
- Almeida, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 79-92. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a09.pdf>
- Alves, C.P.M. (2012). Percepção dos pais das crianças hospitalizadas sobre o poder parental (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1514>
- American Psychological Association, APA. (2009). Publication manual of the American Psychological Association (6ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 61-71. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf
- Antunes, A. P. F. (2010). Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades sentidas da população idosa do concelho de Constância. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, Portugal. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/14455>
- Antunes, M.C.P. (2008). Educação, saúde e desenvolvimento. Coimbra: Almedina.

Recuperado de

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12654/1/Educa%C3%A7%C3%A3o,%20sa%C3%BAde%20e%20desenvolvimento.pdf>

Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados centrados na família: Impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 83-92. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200009

Aragão, J. (2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis*, 3 (6), 59-62. Recuperado de <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>

Araújo, A., Alvim, C. G. & Rocha, R. L. (2013). Asma na adolescência: Aspectos abordados em pesquisas qualitativas. *Adolescência e Saúde*, 10 (3), 72-78. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=382

Assal, J.-P., et al. (2010). Guia do cidadão na doença crónica para uma cidadania na saúde. Lisboa: Edições Colibri. Recuperado de <http://www.edi-colibri.pt/Detalhes.aspx?ItemID=1315>

Autoridade Antidopagem de Portugal (2013). Informação médica para suportar as decisões da CAUT: asma Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.adop.pt/media/6505/Asma%205.0%20-%20Janeiro%202013.pdf>

Barros, P.P. (2013). Pela sua saúde. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Becker L., Bannwarth M., Meisinger C., Hill K., Model K., Krimmer T., ...Wagner R. (2005). Preprotein translocase of the outer mitochondrial membrane: Reconstituted Tom 40 forms a characteristic Tom pore. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16213519>

Borges, T.T., Rombaldi, A.J., Knuth, A.G., & Hallal, P.C. (2009). Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crónicas: Estudo de base populacional. *Cadernos Saúde Pública*, 25 (7), 1511-1520. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/09.pdf>

Camelo-Nunes, I. & Solé, D. (2001). Pneumonologia na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77 (2), 143-152. Recuperado de <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S143/port.pdf>

Capanema, C. A. & Vorcaro, A. (2012). Modalidades do ato na particularidade da adolescência. *Ágora*, 15 (1), 151-163. Recuperado de

<http://www.scielo.br/pdf/agora/v15n1/v15n1a10.pdf>

- Carvalho, J. N., Erdmann, A. L. & Santana, M. E. (2011). Autonomia do cuidado na perspectiva de viver saudável do adolescente. *Referência, Revista de Enfermagem*, 3 (4), 17-25. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200002
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 1088-1095. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400024&script=sci_abstract
- Claro, L. B. L., March, C., Mascarenhas, M. T. M., Castro, I. A. B. & Rosa, M. L. G. (2006). Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: Estudo transversal em escolares de Niterói. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Costa, H. (2013). Asma na adolescência. *Children`s Medicine*, (ed. Extra), 10-11. Recuperado de <http://www.vitalhealth.pt/opiniaio/774-asma-na-adolescencia.html>
- Coutinho, C. P. (2011). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. Coimbra: Edições Almedina. Recuperado de http://www.almedina.net/catalog/product_info.php?products_id=14814
- Cruz, A. I. B., & Manso, S. S. A. M. L. (2004). Saúde e economia da saúde. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal: Autor. 3 (3), 101-110. Recuperado de http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/218/1/Gestin_artigo.pdf
- Cruz, D. M. (2013). Literacia em eHealth dos Portugueses: Estudo exploratório. Dissertação obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde (2º ciclo de estudos). Recuperado de <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2942>
- Damasceno, E., Carvalho, B. C., Solé, D. & Wandalsen, G. F. (2012). Custos directos e indirectos da asma: Revisão de literatura. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Centro de Estudos Espirométricos da ESTeSL (CEE_ESTeSL). *Revista Brasileira de Alergia e Immunopatologia*, 35 (6), 234- 240. CEE_ESTeSL). (Despacho nº. 34/2013). Recuperado de http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=755
- Dessen, M., A. & Braz, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. (2000), 16 (39), 221-231. Recuperado de

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722000000300005&script=sci_abstract&tl
Debout, C. (2013). Méthodologie quantitative et études expérimentales. *Soins*, 772, 57-60.
Recuperado de <http://www.em-consulte.com/en/article/788875>
- Dirceu, Sole. (2008). Silibância na infância. *J. bras. Pneumol.* Retirado de [online]. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008000600001>.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. Recuperado de <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Driessnack, M., Sousa, V. & Mendes, I.A.C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15 (5). Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/561a/cd6a5162439ebd211949b62fee9745b8bfc1.pdf>
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente*. 2 (2), 6-7. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167
- Espírito Santo, Costa, Z. C. (2011). Atitudes e crenças de clínicos e gestores na governação dos hospitais: Um estudo exploratório em três hospitais portugueses. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18114/3/Disserta%0c3%0a7%0c3%0a3o%20mestrado%20Zita%20EspiritoSanto.pdf>
- Fernandes, R. M., Constant, C., Sampaio, I., Bandeira, T. & Trindade J. C. (2010). Abordagem terapêutica da sibilância em idade pré-escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41 (6), 266-273. Recuperado de <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4315>
- Fundação Portuguesa do Pulmão (s.d.). Doenças respiratórias crónicas em Portugal estratégias, intervenções e desafios. Acedido Agosto 21, 2013. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/fpp.pdf>.
- Ferreira, I. C. C., Wandalsen, N. F. (2014). Prevalência e gravidade da sibilância no primeiro ano de vida na cidade de Santo André, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 32 (3), 164-170. Elsevier Editora Ltda. Recuperado de <http://ac.e-s-cdn.com/S0103058214700048/1-s2.0-S0103058214700048-main.pdf> ou http://www.Ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC_4227335

- Ferreira, L. P. G. M. N. N. (2009). Medição da utilidade dos estados de saúde da população portuguesa. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9676/3/Medi%0c3%0a7%0c3%0a3o%20da%20utilidade%20dos%20estados%20de%20sa%0c3%0bade.pdf>
- Ferreira, M. A., Alvim, N. A. T., Teixeira, M. L. O. & Veloso, R. C. (2007). Saberes de adolescentes: Estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16 (2), 217-224.
- Ferreira, M. F. & Silva, C. F. R. (2012). Reformas da gestão na saúde: Desafios que se colocam aos enfermeiros. *Referência, Revista de Enfermagem*, 3 (8), 85-93. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300009
- Ferreira, P. L. (1999). O Estado da Saúde em Portugal. *Cadernos Regionais: Região Centro*, 10, 5-18. Recuperado de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&m
- Florentim, R. J. S. (2007). Gestão pela qualidade nos serviços de saúde. *Dirigir*, 100, 47-52. Recuperado de <http://pacweb.essv.ipv.pt/SearchResult.aspx?search= OB:%2B QT:AU Q:FLORENTIM>
- Fonseca, H. (2005). Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores (3ª ed.). Lisboa: Editorial presença. Recuperado de <https://www.presenca.pt/livro/compreender-os-adolescentes>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (1990). A Convenção sobre os direitos da criança: adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Brasília: UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Lustosa, G. M. M., Britto, M. C. A. & Bezerra, P. G. M. (2011). Manejo de crises asmáticas em crianças: Conhecimento de profissionais de saúde quanto ao tópico em Hospitais-escola do Recife (PE). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37 (5), 584-588. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000500004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011). O Direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011). Situação Mundial da infância 2011: Adolescência: uma fase de oportunidades. Nova York: UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
- Gaspar, A., Almeida, M. M. & Nunes, C. (2006). Epidemiologia da asma grave. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 14 (2), 27-41. Recuperado de <http://www.sbai.org.br/revistas/Vol292/asmagrave.pdf>
- Gaspar, S. M. S. (2013). A Prática da educação para a saúde dos enfermeiros comunicadores. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6018>
- Gaspar, T. (2008). Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto socio-económico e do estatuto migrante. *Análise Psicológica*, 26 (2), 265-279. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a08.pdf>
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Matos, M. G. & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 55-71. Recuperado de [http://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1583919](http://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1583919)
- George, F. (2011). International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) - 20 anos. Em *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5-supl. II), 25. *Revista de Medicina da Criança e do Adolescente, Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Recuperado de http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120222162135_ACTA%20PEDI%C3%81TRICA%20PORTUGUESA%20Vol42_Final.pdf
- Gómez, V. & Durán, D. (2012). Efeitos de um programa de reabilitação pulmonar em asma severa. Estudo de caso. *Revista Ciencias de la Salud*, 10 (2), 253-264. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v10n2/v10n2a07.pdf>
- Gonçalves, C., Alves, I. & Ramos, V. (2010). O Cidadão e a saúde: Da resposta a necessidades à gestão de expectativas, incluindo o papel dos media. [s.l.]. Saúde-em-Rede. Acedido Outubro 20, 2013. Recuperado de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Necessidades-e-expectativas-do-cidadao_SaudeEmRede2010.pdf

- Hespanhol, A. A. O. P. (2003). Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do centro de Saúde de S. João. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Escola de Economia e Gestão – Universidade do Minho, Portugal. Recuperado de <https://www.google.pt/search?source=hp&q=Motiva%C3%A7%C3%B5es+na+procura+de+cuidados+e+satisfa%.avigX6zxJpg>
- Huot, R. (2002). Métodos quantitativos para as ciências humanas. Lisboa: Instituto Piaget. Recuperado de <https://www.wook.pt/livro/metodos-quantitativos-para-as-ciencias-humanas-rejean-huot/89701>
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. S. & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4 (1), 269- 286. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/>
- Junior Salomão, J. B., Miyazaki, M. C. O. S., Cordeiro, J. A., Domingos, N. A. M., & Valerio, N. I. (2008). Asma, Competência Social e Transtornos Comportamentais em Crianças e Adolescentes, 186. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a03v25n2.pdf>
- Kline, R. B. (2011). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (3a ed., Vol. 81). New York: The Guilford Press. Recuperado de <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462523344>
- Liu, A. H. ; Covar, R. A. ; Spahn, J. D. & Leung, D. Y. M. (2009). Asma Infantil. In Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H., & Stanton, B. (2009). Nelson: Tratado de Pediatria (18 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Recuperado de <https://www.elsevier.com/books/nelson-textbook-of-pediatrics/kliegman/978-1-4160-2450-7>
- Loureiro, L. M. J., Mendes, A. M. O. C., Barroso, T. M. M. D. A., Santos, J. C. P., Oliveira, R. A. & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem, Referência – III – n.º 6*, 157-166. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a15.pdf>
- Lopes, D. I. M. (2005). Asma brônquica pediátrica: Conhecimentos do doente e família. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://catalogo.biblioteca.iscte-iul.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=38041>

- Lopes, I., Delgado, L. & Ferreira, P.L. (2004). Questionário de conhecimentos sobre a asma (AKQ). Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Recuperado de rimas.uc.pt/instrumentos/5/pdf/4/
- Lopes, I., Delgado, L., & Ferreira, P. L. (2008). Asma brônquica pediátrica. Conhecimento do doente e família. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 16 (3), 241-261.
- Loureiro, G. & Loureiro, C. (2003). Impacto da cirurgia nasal na evolução da asma brônquica. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 11, 350-357. Recuperado de http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/impacto-da-cirurgia-nasal-na-evolucao-da-asma-bronquica.pdf
- Loureiro, L. & Miranda, N. (2010). Promover a Saúde: Dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina. Recuperado de <http://www.almedina.com.br/9789724043999>
- Loureiro, L.M.J. [et al.] (2014). Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: de Coimbra. 1-188.
- Lourenço, H. V. (2004). A satisfação dos utentes face ao acolhimento. (Dissertação de Mestrado). Coimbra, Portugal.
- Lustosa, G. M. M., Britto, M. C. A. & Bezerra, P. G. M. (2011). Manejo de crises asmáticas em crianças: Conhecimentos de profissionais de saúde quanto ao tópico em hospitais-escola do Recife (PE). *J. Bras. Pneumol.*, 37 (5): 584-588. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n5/v37n5a04.pdf>
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 65–90. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª. Edição). ReportNumber.
- Macgowan, P. (2005). Self-Management: a background paper. New perspectives: international Conference on Patient Self-management, University of Victoria. 2005, 1-8. Recuperado de [http://www.northwestlin.on.ca/~media/sites/nw/uploadedfiles/Home_Page/Integrated Health Service Plan/Self Management - A Background Paper.pdf](http://www.northwestlin.on.ca/~media/sites/nw/uploadedfiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/Self_Management_-_A_Background_Paper.pdf)

- Macuso, J. M. (2008). Saúde literacy: Um conceito/dimensional análise. Faculdade de Enfermagem, Marquette University, MilWauKee, Wisconsin, EUA, 10,248-255. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18786068>
- Marcell, A. V. (2009). Adolescência. In R. M. Kliegman ; R. E. Behrman; H. B. Jenson & B. F. Stanton (2009). Nelson: tratado de pediatria (18ª ed.) (60-65). Rio de Janeiro : Elsevier.
- Marconi, M. A., LaKatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas. Recuperado de https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 36:3, 226-232. Reuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x/abstract>
- Médicos de Medicina Geral e Familiar & Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2008). Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica. Lisboa: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). Recuperado de <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Investigacao-Passo-a-Passo.pdf>
- Mendes, M. A. & Cairo, S. (2013). Estresse e asma na infância e adolescência: Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica. *Pulmão RJ*, 22 (3), 43-47. Recuperado de <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Investigacao-Passo-a-Passo.pdf>
- Mendes, M. A. & Cairo, S. (2013). Estresse e asma na infância e adolescência. *Pulmão RJ*, 2. Recuperado de http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Mendes
- Moncho, V. J. (2006). El número también és palabra. *Revista ROL de Enfermería*, 29 (3), 62-6
- NHS Modernization Agency (2004). 10 High Impact changes for service improvement and delivery: a guide for NHS leaders. London: Department of Health Publications. Niteroi, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 22 (8), 1565-1574. Recuperado de <http://www.nursingleadership.org.uk/publications/HIC.pdf>

- Nogueira, K. T. (2006). Asma no adolescente: Uma abordagem especial. *Adolescência e Saúde*, 3 (3), 29-33. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=130
- Nogueira, K. T., Silva, J. R. L., & Lopes, C. S. (2009). Qualidade de vida em adolescents asmáticos: Avaliação da gravidade da asma, comorbidade e estilo de vida. *Jornal de Pediatria*, 85 (6), 523-530. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000600009
- Normando, D., Tjaderhane.L., Quintão, C., A., (2010). A escolha do teste estatístico – um tutorial em forma de apresentação em PowerPoint. *Dental Press J. Orthod.* 101 v.15,no. 1, p.101-106, Jan/Feb. 2010. Recuperado de <http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt->
- Nunes, C. & Ladeira, S. (2001). Asma, da infância à idade adulta: Estudo prospectivo longitudinal de uma coorte de asmáticos durante 20 anos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 9 (3), 209-220. Recuperado de http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/asma-da-infancia-a-idade-adulta-%E2%pdf
- Nunes, C. & Ladeira, S. (2001). Epidemiologia da asma. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 9 (3), 249-258. Recuperado de http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/epidemiologia-da-asma.pdf
- Nunes, C. & Ladeira, S. (2004). O Impacto económico da asma em avaliação contínua. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 12, 114-128. Recuperado de http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/o-impacto-economico-da-asma-em-avaliacao-continua.pdf
- Padilha, J. M. S. C., Sousa, P. A. F. & Pereira, F. M. S. (2012). Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Acta paulista enfermagem*, 25 (1), 60-66. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_10.pdf
- Paim, J. S. & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: Balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, 40 (nº especial), 73-78. Recuperado de <http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao>
- Parente, M.D.M., (2013). A criança com asma: O conhecimento dos pais e adolescentes sobre a doença. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.
- Pedrosa, C. (2013). Asma e pobreza. *Children`s Medicine*, (ed. Extra), 9.

- Pegas, P.N., Alves, C.A., Scotto, M.G., Evtuygina, M.G., Pio, C.A. & Freitas, M. C. (2011). Factores de risco e prevalência de asma e rinite em crianças em idade escolar em Lisboa. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 17 (3), 109-116. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S0873215911000079/1-s2.0-S0873215911000079-main.pdf?_tid=da12481c-
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo.
- Pereira, A. (2008). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pontinha, C. M. R. (2011). *Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de saúde de Viseu- Instituto Politécnico de Viseu, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1672/1/PONTINHA%C3%B0Ade.pdf>
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência. Recuperado de https://issuu.com/elsevier_saude/docs/potter_e-sample
- Price, M. R., Bratton, D. L., & Klinnert, M.D. (2002). Caregiver negative affect is a primary determinant of caregiver report of pediatric asthma quality of life. *Annals of Allergy, Asthma Immunology*, 89 (6), 572-577. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1081120610621047>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, A. L. C. (2003). 'Empowerment' do cidadão em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão? (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, C. & Rosendo, I. (2011). Saúde do Adolescente em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27 (2), 184-186. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000200006
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª Ed.). Porto:

Legis Editora. Recuperado de <https://www.wook.pt/livro/metodologia-de-investigacao-em-psicologia-e-saude-jose-luis-pais-ribeiro/9474762>

Ribeiro, C., Tavares, B. & Luís, A. S. (2013). Vitamina D e asma brônquica. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 21 (2), 81-89. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212013000200002

Rodrigues, C. D. B., Pereira, R. P. & Dalcin, P. T. R. (2013). Efeitos de um programa educativo ambulatorial em pacientes com asma não controlada. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 39 (3), 272-279.

Rodrigues, M. B. & Prates, B. J. (2011). Programa de intervenção para a adesão ao regime medicamentos. Amadora: Irmãs Hospitaleiras, Casa de saúde da Idanha.

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formasau.

Salomão Júnior, J. B., Miyazaki, M. C. O. S., Cordeiro, J. A., Domingos, N. A. M & Valerio, N. I (2008). Asma, competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 25 (2), 185-192. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a03v25n2.pdf>

Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P.B. (2006). Metodologia de pesquisa (3a ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

Santos, J. M. S. (2011). Alteração do paradigma da gestão dos cuidados à pessoa com infecção VIH: Um modelo centrado nos cuidados de saúde primários. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/6138>

Santos, O. (2010). O Papel da literacia em saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (3), 127-134. Recuperado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2320?locale=pt>

Santos, O. M. J. C. (2011). Necessidade dos pais das crianças hospitalizadas: Perspectiva dos pais. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1571>

- Scott, M., Roberts, G., KuruKulaaratchy, R. J., Matthews, A. N. & Arshad, S. H. (2012). Recuperado de <http://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/67/12/1046.full.pdf>
- Silva, C. M. & Barros, L. (2013). Asthma knowledge, subjective assessment of severity and symptom perception in parents of children with asthma. *Journal of Asthma*, 50 (9), 1002-1009.
- Silva, G. R., Cruz, N. R. & Coelho, E. J. B. (2008). Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede pública no município de Ipatanga, mg. *Nutrir Gerais: Revista Digital de Nutrição*, 2 (3), 1-15. Recuperado de Agosto 20, 2013, em http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_4_rng_perfil_nut_ricional.pdf
- Silva, N. F. (2012). Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23859138>
- Soares, N. F. (2006). A Investigação participativa no grupo social da infância. *Currículo sem fronteiras*, 6 (1), 25-40. Recuperado de <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol6iss1articles/soares.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Medicina do Adolescente (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente: Consenso da direção da secção de medicina do adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (4), 223-224. Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Medicina do Adolescente (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente: Consenso da direção da secção de medicina do adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (4), 223-224.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2012). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma: 2012. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 38 (1), 1-46. Recuperado de http://www.saude.campinas.sp.gov.br/especialidades/pneumologia_2012.pdf
- Som, C.V. (2004). Clinical Governance: A fresh look at his definition. *Clinical Governance: Na International Journal*, 9 (2), 87-90. Recuperado de <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14777270410536358>

- Sousa, P. (2002). Short paper, summarizing the historical development and the main concepts of health promotion (including the conferences-Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jakarta and Mexico) and critically evaluating the development of health promotion in the 21st century. [s.l.]: Masters in Health Promotion (MAHP).
- Sousa, V. D., Driessnack, M. & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (3), 502-507. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2462>
- Souza, L. D. M., et al., (2008). Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: Estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (4), 261-266. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400006
- Sociedade Portuguesa de Alergia e Imunoalergologia Clínica (2011). Santalha, M., Correia, F., Costa, A., Matos, A. (2011). Avaliação do controlo da asma e rinite na perspetiva dos adolescentes. *Asma, Alergias e as Comorbilidades. Revista Portuguesa de Imunoalergologia* 2011; 20 (Supl I): 5-50. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Recuperado de http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/asma-alergia-e-as-comorbilidades.pdf.
- Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (2001). *A rinite alérgica e o seu impacto na asma: Guia de bolso para médicos e enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (2014). *Guia de bolso para tratamento e prevenção da asma para adultos e crianças com mais de 5 anos: Guia de bolso para médicos e enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Medicina do Adolescente (2005). Requisito para o atendimento ao adolescente: Consenso da direção da secção de Medicina do adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (4), 223-224. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/229>
- Teixeira, J. M. (2005). Os enfermeiros e humanização: que conceito? *Sinais Vitais*, 59, 55-58.

Todo-Bom, A. & Pinto, A. M. (2006). Fisiopatologia da asma grave. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 14 (2), 43-48. Recuperado de <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332104356Fisiopatologia%20da%20Asma%20Grave.pdf>

Todo-Bom, A., Pinto, A. M., Alves, V., Pereira, S. V., Chieira, C. & Rosa, M. S. (2007). Asma- Reflexo da apoptose e de fenótipos de regulação. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 15 (3), 227-234. Recuperado de <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/773/1/Asma%20Apoptose%20RPIA07.pdf>

Valmi, S., Drissnack, M. & Mendes I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de relevantes para enfermagem: Parte 1:Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 15 nº(3). Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2462>

Vieira, J. W. C., Silva, A. A. & Oliveira, F. M. (2008). Conhecimento e impacto sobre o manejo das crises de pacientes portadores de asma. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (6), 853- 857. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672008000600010&lng=pt&nrm=iso

Vital Health (2013). 300 mil portugueses necessitam de melhor intervenção para controlar a asma. Lisboa: Edições NewsFarma. Acedido Outubro 10, 2013, em <http://www.vitalhealth.pt/noticias/591-300-mil-portugueses-necessitam-de-melhor-intervencao-para-controlar-a-a-asma>

Wild, C. F., Silveira, A. Cuidado de preservação desenvolvido por familiares/cuidadores de criança com asma. *Rev Enfermagem da UFSM* 2015 Jul./Set.;5(3):426-4334. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215853>

Wood, G. L. (2001). Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização (4ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Recuperado de https://books.google.pt/books/about/Pesquisa_em_enfermagem.html?hl=pt-PT&id=VLXpAAAACAAJ&redir_esc=y

World Health Organization (2005). Preventing chronic diseases: A vital investment. Geneve: Author. Recuperado de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/

World Health Organization (s. d.). Maternal, newborn, child and adolescent health. Geneve:
Author. Acedido Setembro 20, 2013
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/index.html

Zulato, S. A., Kamoi, T. O. & Rosário Filho, A. (2000). Avaliação do nível de conhecimento sobre asma em ambulatório especializado. *Revista Brasileira de Alergia e Immunopatologia*, 23 (4), 137-142. Recuperado de http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=527

Fontes consultadas

Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro. Diário da República nº 249/11 – I Série. Ministério da Saúde. Acedido Agosto 4, 2013, recuperado de <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24900/0549105498.pdf>.

Decreto-Lei nº 177/2009, de 4 de Agosto. Diário da República nº 149/09 – I Série. Ministério da Saúde. Acedido Agosto 4, 2013, recuperado de <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/08/14900/0504705053.pdf>.

Despacho nº 404/2012, de 13 de Janeiro. *Diário da República* nº 10/12 – II Série. Ministério da Saúde. Acedido em Janeiro 10, 2014, Recuperado de <http://dre.pt/pdf2sdip/2012/01/010000000/0134101342.pdf>.

Lei Constitucional, de 12-9-1990. Diário da República nº 211-I Série. Assembleia da República. Acedido Janeiro 7, 2014, recuperado de http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=1001&m=PDF

Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de Agosto. Diário da República nº 155/05 – I Série. Assembleia da República. Acedido Janeiro 10, 2014, recuperado de <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/08/155A00/46424686.pdf>.

Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro. Diário da República nº 41/08 – I Série. Assembleia da República. Acedido Janeiro 13, 2014, recuperado de <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/04101/0000200027.pdf>.

Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. Diário da República nº 258/02 – I Série A. Assembleia da República. Acedido Janeiro 14, 2014, recuperado de <http://dre.pt/pdf1sdip/2002/11/258A00/71507154.pdf>.

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as doenças Respiratórias. (2012-2016). Manual para Abordagem da Sibilância e Asma em Idade Pediátrica. Lisboa, Portugal: Autor Recuperado de <https://www.dgs.pt/.../manual-para-abordagem-da-sibilancia-e-asma-em-idade-pediatri>

- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as doenças Respiratórias. (2012-2016). Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pd>
- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (2004). Asma e rinite: linhas de conduta e manuais técnicos. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde: Autor. <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-583>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (13/07/2004). Circular Normativa nº14/DGCG. Direção-Geral da Saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2006). Programa Nacional de Saúde dos Jovens: 2006/2010. Direção-Geral da Saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/.../saude.../saude.../programa-nacional-de-saude-dos-jovens-pdf.as...>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de controlo da asma: Manual de boas práticas na asma. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/spp/PDF2.pdf>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2015). Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0162012-de-19122012-png.aspx>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2015). Norma nº 016/2012 atualizada em 23/2/2015. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal: Autor Recuperado de <https://www.dgs.pt/.../normas-e...normativas/norma-n-0162012-de-19122012>.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Educação. (2012/2013). Relatório Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/relatorio_promocao_e_educacao_para_a_saude_2012_13.pdf
- Ministério da Saúde. Direcção- Geral de Saúde (2012-2016). Programa Nacional para as doenças respiratórias: Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boas-praticas-e-orientacoes-para-o-controlo-da-asma-no-adulto-e-na>

Ministério da Saúde. Governo da República Portuguesa (2013). A solução para a sustentabilidade é reduzir custos mantendo o nível de prestação dos serviços. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.portugal.gov.pt/pt/mantenha-se-atualizado/20130704-ms-interpelacao-governo-be.aspx>.

Ministério da Saúde. Governo da República Portuguesa (2013). Sobre o Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/sobre-o-ministerio-da-saude.aspx>.

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2012). Norma nº 036/2012 de 30/12/2013: diagnóstico de policonsumos em adolescentes e jovens. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/.../normas-e...normativas/norma-n-0362012-de-30122012-png.as...>

Ministério da Saúde. Direção-Geral da saúde (2012). Programa Nacional das doenças respiratórias: orientações programáticas. Lisboa, Portugal: Autor.

Ministério da Saúde (2014). Programa do XIX Governo constitucional para a saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/Documents/prg-XII-1.pdf>

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2009/2010). Projecto “criação de unidades operacionais móveis de espirometria: análise de resultados. (2009/2010) Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pnpdpoc-relatorio-espirometria-pdf.aspx>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 28. (2000). Programa Nacional de Controlo da Asma. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e.../programa-nacional-de-controlo-da-asma-pdf.aspx>

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Portal da Saúde. Programa do XIX Governo Constitucional para a Saúde: 2011/2015. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/programa-governo/programa-governo.aspx>

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2012). A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias-Relatório 2012 do Observatório Nacional da Doenças Respiratórias. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://sites.google.com/.../observatorionacionaldasdoencasrespiratoriasrelatorio2012>

- Observatório Nacional das doenças respiratórias. (2016). Prevenir as doenças respiratórias acompanhar e reabilitar os doentes - Relatório 2016 Observatório Nacional da Doenças Respiratórias. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.ondr.pt/11_Relatorio_ONDR.pdf.
- Observatório Nacional da Doenças Respiratórias. (2011). Desafios e oportunidades em tempos de crise- Relatório 2011 do Observatório das Doenças Respiratórias. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.ondr.pt/Relatorio_ONDR_2011.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica (2010). Guias orientadoras de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/guiasorientadoresboapratica-saudeinfantil-pediatria-volume1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2012). Relatório do programa dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Fevereiro a Julho de 2012. Lisboa: Autor. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/PadroesdeQualidadeQuestoes.aspx>
- Ordem dos enfermeiros. Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). (2009). Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. (2010). Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Combater a desigualdade: Melhorar o acesso e equidade. (2011). Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2011_Net.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde da criança e do jovem. (2001). Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Organização Mundial de saúde (1978). Declaração de Alma Ata: saúde para todos no ano 2000. Conferência Internacional sobre cuidados de saúde primários.6- 12 de Setembro. Alma Ata: OMS. Recuperado de [Alma-Ata.pdf](#).

Organização Mundial de saúde (1986). Carta de Ottawa: promoção da saúde nos países industrializados. 1.º Conferência Internacional sobre cuidados de saúde primários17-21 de Novembro. Ottawa: OMS. Recuperado de [file:///C:/Users/Sandra%20Sousa/Downloads/2_ottawa_nesase_semlogo%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Sandra%20Sousa/Downloads/2_ottawa_nesase_semlogo%20(4).pdf)

Organização Mundial de Saúde (2008). Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: Uma abordagem integradora. Recuperado de http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf

Anexos

Anexo I.

Questionário de

Conhecimentos sobre a asma

Questionário de Conhecimentos sobre a Asma

Por favor, responda verdadeiro (V) ou falso (F) às seguintes questões:

| | V | F | Não Sei |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 A tosse não é um sintoma da asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 A asma é devida a uma inflamação dos pulmões. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Os ataques de asma podem surgir quando se cheira tinta, gasolina, fumo ou poluição. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Só um médico consegue evitar um ataque de asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 No início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira (<i>gatinhos</i> ou <i>chiadeira</i>). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Usa-se um registo de DEMI (Débito Expiratório Máximo Instantâneo) para ter a certeza que os seios perinasais estão abertos (teste do sopro para detectar se há sinusite). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Uma criança deixa de ser asmática se, durante vários anos, deixar de ter sintomas como o aperto no peito ou pieira. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 A asma é uma doença emocional ou psicológica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 A maioria das crianças asmáticas tem de ir ao hospital quando tem um ataque de asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Nalgumas pessoas a asma pode melhorar com a idade. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Os médicos não sabem bem porque certas pessoas têm asma, mas sabem o que pode desencadear um ataque. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Com um tratamento adequado, a maioria das crianças asmáticas pode levar uma vida normal sem qualquer limitação das actividades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Ficar enervado/a, chorar ou rir pode desencadear um ataque de asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Quem não tem asma até aos 40 anos, já não vem a ter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 As crianças com asma não devem praticar desportos em que tenham que correr muito. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Em crianças mais novas, a asma surge por vezes após uma doença respiratória provocada por um vírus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 Um alergénio é o anticorpo que falta aos asmáticos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Uma pessoa pode piorar da asma sem se aperceber de qualquer alteração na respiração. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Fazer exercício em tempo frio pode desencadear um ataque de asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Tanto os peixes como os pássaros são bons animais de estimação para uma criança com asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 Usa-se um inalador de alívio (broncodilatador ou “bomba”) para reduzir a inflamação dos pulmões. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 Alguns remédios para a asma só fazem efeito se se tomarem todos os dias. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 Não é preciso agitar antes de usar a maioria dos inaladores para a asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Há menos pessoas com asma hoje do que há 10 anos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo II.
Questionário dos dados
sociodemográficos

A PREENCHER PELO ADOLESCENTE

Questionário nº: _____

Data: ____/____/____

Leia atentamente as questões que se seguem e coloque **um X no quadrado** que **melhor** exprime a **sua opinião**.

I-Perfil sociodemográfico

1. Dados pessoais:

Sexo: **Feminino** ₁ **Masculino** ₂

2. Data de nascimento: _____ ₁ Idade _____ ₂

3. Nascestes prematuro: **Sim** **Não**

Habilitações literárias

4. Nível de formação:

1º Ciclo ₁ **2º Ciclo** ₂ **3º ciclo** ₃

Secundário ₄ **Licenciatura** ₅ **Mestrado** ₆

Doutoramento ₇ **Outro** ₈

II. Perfil clínico

Caracteriza o teu dia-a-dia em relação aos seguintes aspetos:

5. Que medicação utilizas para tratar a tua doença asma?

Preventiva ₁ **Só nas crises** ₂

6. O teu quarto tem janela?

Sim ₁ **Não** ₂

7. O teu quarto tem temperaturas do ar entre 18-20°C?

Sim 1

Não 2

8. As paredes e o chão do quarto estão sem humidade (bolor)?

Sim 1

Não 2

9. No teu quarto existem cortinados com muito tecido e pregas?

Sim 1

Não 2

10. A decoração do teu quarto tem mais de 3 tapetes?

Sim 1

Não 2

11. Na tua cama usas cobertores de pelo?

Sim 1

Não 2

12. O pavimento do chão do teu quarto tem alcatifa?

Sim 1

Não 2

13. Utilizas aspirador para limpar a casa?

Sim 1

Não 2

14. A limpeza diária do teu quarto é realizada com vassoura?

Sim 1

Não 2

15. Os teus animais domésticos vivem dentro de casa?

Sim 1

Não 2

16. Praticas estilos de vida saudável?

Sim 1

Não 2

17. Tens o hábito de fazer exercícios respiratórios?

Sim 1

Não 2

18. Fazes vacinas preventivas?

Sim 1

Não 2

19. Tens sempre os medicamentos de urgência para a asma, disponíveis em casa?

Sim 1

Não 2

20. No ano 2012, tivestes dias de internamento por crise de asma?

Sim 1

Não 2

21. No ano de 2012, tiveste necessidade de recorrer ao serviço de urgência por crise de asma?

Sim 1

Não 2

22. Diz o número de vezes que foste ao serviço de urgência no ano 2012 por crise de asma?

Obrigado pela tua colaboração.

A Preencher pelos Pais

Questionário N° _____

Data: ___/___/___

Leia atentamente as questões que se seguem e coloque um X no quadrado que melhor exprime a sua opinião.

I-Perfil sociodemográfico:

1. Dados pessoais:

Sexo: Feminino 1 Masculino 2

2. Data de nascimento: _____ 1 Idade _____ 2

Habilitações literárias:

3. Nível de formação:

1º Ciclo 1 2º Ciclo 2 3º ciclo 3

Secundário 4 Licenciatura 5 Mestrado 6

Doutoramento 7 Outro 8

Situação profissional:

4. Encontra-se na situação de desempregado?

Sim 1 Não 2

5. Encontra-se na situação de ativo?

Sim 1 Não 2

6. O seu contrato de trabalho é a termo resolutivo (a termo, muita curta duração, sem termo)?

Sim 1 Não 2

7. O seu contrato de trabalho é um contrato de trabalho a tempo parcial?

Sim 1 Não 2

8. O seu contrato de trabalho é um contrato de trabalho intermitente?

Sim 1 Não 2

9. O seu contrato de trabalho é um contrato em funções públicas?

Sim 1 Não 2

10. O seu contrato de trabalho é um contrato trabalho em comissão de serviço?

Sim 1 Não 2

11. O seu contrato de trabalho é um contrato trabalho temporário?

Sim 1 Não 2

12. O seu contrato de trabalho é um contrato por tempo indeterminado?

Sim 1 Não 2

II-Perfil clinico:

13. A casa onde habita tem janela nos quartos?

Sim 1 Não 2

14. A casa onde habita tem animais domésticos dentro de casa?

Sim 1 Não 2

15. A casa onde habita tem aquecimento?

Sim 1 Não 2

16. A casa onde habita tem aquecimento central?

Sim 1 Não 2

17. A casa onde habita tem aquecimento por lareira?

Sim 1 Não 2

18. A casa onde habita tem aquecimento elétrico?

Sim 1 Não 2

19. A casa onde habita tem humidade (bolor) nas paredes e chão?

Sim 1 Não 2

20. A casa onde habita tem árvores em redor?

Sim 1 Não 2

21. O seu filho(a) previne as crises de asma, com a prática de exercícios físicos?

Sim 1 Não 2

22. Para prevenir as crises de asma do seu filho(a) muda e vigia as roupas da cama 1 vez por semana?

Sim 1 Não 2

23. Para prevenir as crises de asma do seu filho(a) utiliza o aspirador na limpeza da casa?

Sim 1 Não 2

24. Para prevenir as crises de asma do seu filho (a) utiliza os acaricidas (produtos anti-ácaros)?

Sim 1 Não 2

25. Tem sempre em casa a medicação para prevenir as crises de asma do seu filho (a)?

Sim 1 Não 2

26. A medicação para o tratamento da asma do seu filho (a) é preventiva?

Sim 1 Não 2

27. A medicação para o tratamento da asma do seu filho é só nas crises de asma (SOS)?

Sim 1 Não 2

28. O seu filho (a) cumpre a medicação prescrita pela médica (o), isto é, toma os medicamentos corretamente (“direito”)?

Sim 1 Não 2

Obrigado pela colaboração.

Anexo III.

**Autorização do conselho de
administração e parecer da
comissão Ética**

COMISSÃO de ÉTICA

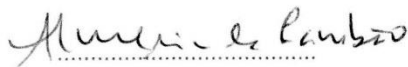
PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, de um projecto de investigação, no âmbito da dissertação para obtenção do Grau Mestre, sendo a investigadora, **Maria Lourdes Felizardo Félix**, Enfermeira, a frequentar o Mestrado em Gestão das Organizações - Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde e cujo tema é: "**Avaliação do conhecimento dos adolescentes e família com asma: um contributo para a melhoria da gestão dos cuidados de saúde**".

Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projecto.

A Comissão de Ética reunida em 17 Dezembro de 2012

Pelo Presidente da C. E.



(Dra. Almerinda Cambão)

Anexo IV.

**Autorização do autor para a
aplicação do questionário *AKQ***



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*



rimas@fe.uc.pt

Coimbra, 4 de Novembro de 2012

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição AKQ (*Asthma Knowledge Questionnaire*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite medir e avaliar o nível de conhecimento dos doentes e família relativamente à asma.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/AKQ>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507