



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Perceção da Qualidade de Vida e Estratégias de *Coping* numa Amostra de Pessoas Adultas com Asma

(Versão definitiva após defesa pública)

Renata Marques Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Paula Saraiva Carvalho

Covilhã, abril de 2019

Dedicatória

Aos meus pais. Obrigada por toda a compreensão, paciência, apoio e amor.

Agradecimentos

Prestes a terminar o meu percurso enquanto estudante, torna-se importante agradecer a todas as pessoas que participaram nesta jornada comigo e, em especial, àquelas que mais me acompanharam nesta última fase e me ajudaram a concluir esta etapa.

Às pessoas mais importantes da minha vida: aos meus pais, aos meus irmãos e aos meus avós, que me apoiam continuamente e nunca duvidam das minhas capacidades e decisões. Obrigada por me terem motivado nestes últimos meses de trabalho, que em nada foram fáceis. Obrigada por não desistirem de mim. Espero ser sempre um orgulho para vocês.

À Professora Doutora Paula Carvalho, pela disponibilidade e orientação.

À Daniela, por todo o apoio, entreaajuda e companheirismo. Não podia ter tido melhor colega de projeto.

Ao Centro Hospitalar Cova da Beira, por me permitir fazer a recolha de informação para a minha investigação na consulta de Pneumologia.

À Alexandra, por me ensinar e me colocar no caminho certo.

Às amizades que tive oportunidade de construir, às pessoas que conheci e que, cada uma com a sua forma característica de ser, me marcaram. Obrigada Ana Clara, Sara, Maria, Inês e Maura, por terem sido os meus pilares durante todo este ano e me fazerem sentir em casa, mesmo estando longe. Guardo-vos num lugar muito especial no meu coração.

Um agradecimento especial ao Lima e ao Borges, por serem os meus melhores amigos. Adoro-vos. À Rosalina, por ser o meu porto de abrigo. À Inês, que está ao meu lado desde sempre e sempre me assegura que sou boa no que faço, quando eu própria duvido de mim. À Vanessa, que reapareceu na minha vida na hora certa e me apoia incondicionalmente e ilimitadamente.

Obrigada!

Termino esta fase orgulhosa de mim e do meu trabalho.

Resumo

O presente estudo insere-se no âmbito do Projeto “Determinantes de Adaptação à Doença”, que pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias de intervenção nas doenças, com vista a melhorar a adaptação e bem-estar psicológico do(a)s doentes, focalizando-se em diferentes níveis e contextos. Assim, este trabalho teve, como objetivo geral, avaliar a qualidade de vida e a forma como as pessoas lidam com a doença numa amostra de pessoas adultas diagnosticadas com asma, em seguimento nas consultas de pneumologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Nesse sentido, foram administrados o questionário sociodemográfico, o WHOQOL-bref (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010) e o *Brief-COPE* (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). A amostra é constituída por 50 pessoas com asma, sendo que 33 (66%) são do género feminino e 17 (34%) são do género masculino e a média de idades foi de 55,94.

De um modo geral, nas características sociodemográficas, relativamente à qualidade de vida, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a idade, enquanto que relativamente às estratégias de *coping* foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas, em algumas dimensões, nomeadamente para as habilitações literárias, o estado civil e a idade. Ao nível das características clínicas, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para o tempo de seguimento, existência de outro problema de saúde crónico, acompanhamento psicológico/psiquiátrico e diagnóstico de asma em familiares, em relação à qualidade de vida e, no que concerne às estratégias de *coping*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o tempo de seguimento, existência de outro problema de saúde crónico, acompanhamento psicológico/psiquiátrico, diagnóstico de asma em familiares e tipo de medicação.

Relativamente à avaliação da existência de algum tipo de associação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping*, verificou-se que existem correlações positivas e correlações negativas, para algumas dimensões.

Tendo em consideração os resultados obtidos, afigura-se essencial a existência de mais estudos para identificar as estratégias de *coping* mais adaptativas que estão relacionadas com um bom controlo da asma, de forma a fornecer orientações para o desenvolvimento de intervenções interdisciplinares capazes de atuar ao nível biopsicossocial, de modo a promover uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave

Doenças crónicas; Asma; Qualidade de vida; Estratégias de *coping*

Abstract

The present study is part of the project "Determinants of Adaptation to Disease", which aims to contribute to the development of scientific knowledge that supports the definition of intervention strategies in diseases, with a view to improve the psychological adaptation and well-being of patients, focusing on different levels and contexts. Thus, this study aimed to evaluate the quality of life and the way people deal with the disease in a sample of adult people diagnosed with asthma, followed on pneumology consultation at Cova da Beira Hospital Center, E.P.E. Following this, the sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-bref (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010) and the Brief-COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) were administered. The sample consisted of 50 people with asthma, of whom 33 (66%) were female and 17 (34%) were male, and the mean age was 55,94.

In general, regarding the sociodemographic characteristics, for quality of life, statistically significant differences were found for age, whereas for the *coping* strategies, statistically significant differences were found in some dimensions, for literacy, and age. In terms of clinical features, there were shown statistically significant differences in the follow-up time, existence of another chronic health problem, psychological/psychiatric follow-up and diagnosis of asthma in family members, in relation to quality of life and, as regards the *coping* strategies, there were found statistically significant differences for the follow-up time, existence of another chronic health problem, psychological/psychiatric follow-up, diagnosis of asthma in family members and type of medication.

Regarding the evaluation of the existence of some kind of association between quality of life and *coping* strategies, it was verified that there are positive correlations and negative correlations, for some dimensions.

Considering the results that were obtained in this study, it is essential to have more studies to identify the most adaptive *coping* strategies that are related to good asthma control, in order to provide guidelines for the development of interdisciplinary interventions that are capable of acting on a biopsychological level, to promote a better quality of life.

Keywords

Chronic diseases; Asthma; Quality of Life; *Coping* Strategies

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico.....	3
Capítulo 1: A Asma	3
1.1. Doença crónica	3
1.2. A asma no adulto	3
1.2.1. Fatores de risco	5
1.2.2. Prevalência, morbilidade e mortalidade	6
1.2.3. Tratamento	7
1.3. Intervenção na asma: o papel da psicologia	7
1.4. Qualidade de vida	9
1.4.1. Conceptualização teórica da qualidade de vida	10
1.4.2. Qualidade de vida na asma	11
1.4.2.1. Características epidemiológicas	12
1.5. <i>Coping</i>	14
1.5.1. Conceptualização teórica do <i>coping</i>	14
1.5.2. <i>Coping</i> na asma	17
1.5.2.1. Características epidemiológicas	18
II. Estudo Empírico	21
Capítulo 2: Metodologia	21
2.1. Fundamentação e objetivos do estudo	21
2.2. Desenho do estudo	21
2.3. Caracterização da amostra	22
2.4. Instrumentos	26
2.4.1. Questionário sociodemográfico	26
2.4.2. WHOQOL-bref	27
2.4.3. <i>Brief-COPE</i>	29
2.5. Procedimentos de recolha de dados	31
2.5.1. Aspectos éticos	31
2.5.2. Recolha de dados	32
2.6. Tratamento estatístico dos dados	32
Capítulo 3: Apresentação dos resultados	35
3.1. Verificação da normalidade das distribuições e de homogeneidade das variâncias	35
3.2. Análise descritiva dos resultados	35
3.2.1. WHOQOL-bref	35
3.2.2. <i>Brief-COPE</i>	36
3.3. Análise inferencial dos resultados	37

3.3.1. Qualidade de vida e características sociodemográficas	37
3.3.2. Qualidade de vida e características clínicas	40
3.3.3. <i>Coping</i> e características sociodemográficas	44
3.3.4. <i>Coping</i> e características clínicas	54
3.3.5. Qualidade de vida e estratégias de <i>coping</i>	71
3.4. Síntese dos principais resultados	72
Capítulo 4: Discussão	75
4.1. Discussão dos resultados	75
4.2. Limitações da investigação	84
4.3. Implicações práticas	86
Conclusão	87
Referências Bibliográficas	89

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Frequências e percentagens relativas às características sociodemográficas

Tabela 2 - Frequências e percentagens relativas às características clínicas

Tabela 3 - Frequências e percentagens relativas à satisfação com a informação acerca da doença e seu tratamento e à satisfação com os serviços de saúde prestados pela instituição

Tabela 4 - Estatística descritiva dos domínios do Brief-COPE

Tabela 5 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao género - teste-t de student

Tabela 6 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente às habilitações literárias - ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 7 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao estado civil - teste-t de student

Tabela 8 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à situação profissional - ANOVA

Tabela 9 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao agregado familiar- teste-t de student

Tabela 10 - Coeficiente de correlação de Pearson entre o WHOQOL-bref e a idade

Tabela 11 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste-t de student para amostras independentes

Tabela 12 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao tempo de seguimento em consultas da asma - teste-t de student para amostras independentes

Tabela 13 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à existência de outro problema de saúde crónico - teste-t de student para amostras independentes

Tabela 14 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente a acompanhamento psicológico/psiquiátrico - teste t de student para amostras independentes

Tabela 15 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste-t de student para amostras independentes

Tabela 16 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao tipo de medicação - ANOVA

Tabela 17 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência e internamento devido à asma - teste-t de student

Tabela 18 - Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à reação ao diagnóstico - ANOVA

Tabela 19 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao género - teste Mann-Whitney

Tabela 20 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Aceitação relativamente ao género - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 21 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao género - teste-t de student

Tabela 22 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente às habilitações literárias - teste Kruskal-Willis

Tabela 23 - Análise das diferenças ao nível das dimensões Coping Ativo, Aceitação, Religião, Autodistração e Autoculpabilização relativamente às habilitações literárias - teste da ANOVA para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 24 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente às habilitações literárias - ANOVA

Tabela 25 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao estado civil - teste Mann-Whitney

Tabela 26 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao estado civil - teste-t para amostras independentes

Tabela 27 - Análise das diferenças ao nível das dimensões Uso de substâncias e Desinvestimento comportamental relativamente à situação profissional - teste Kruskal-Willis

Tabela 28 - Análise das diferenças ao nível das dimensões Aceitação e Utilização do suporte emocional relativamente ao à situação profissional - teste da ANOVA para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 29 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à situação profissional - ANOVA

Tabela 30 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao agregado familiar - teste Mann-Whitney

Tabela 31 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Religião relativamente ao agregado familiar - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 32 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao agregado familiar - teste-t de student para amostras independentes

Tabela 33 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a idade e as dimensões do Brief-COPE

Tabela 34 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre a idade e a dimensão Uso de Substâncias

Tabela 35 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste Mann-Whitney

Tabela 36 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Autoculpabilização relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 37 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste-t de student

Tabela 38 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao tempo de seguimento em consulta da asma - teste Mann-Whitney

Tabela 39 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Autodistração relativamente ao tempo de seguimento em consulta da asma - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 40 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao tempo de seguimento em consulta da asma - teste-t de student

Tabela 41 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente à existência de outro problema de saúde crónico - teste Mann-Whitney

Tabela 42 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à existência de outro problema de saúde crónico - teste-t de student

Tabela 43 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico - teste Mann-Whitney

Tabela 44 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Autoculpabilização relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico- teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 45 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico - teste-t de student

Tabela 46 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste Mann-Whitney

Tabela 47 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Expressão de sentimentos relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 48 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste-t de student

Tabela 49 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao tipo de medicação - teste Kruskal-Wallis

Tabela 50 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Expressão de sentimentos relativamente ao tipo de medicação - teste da ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 51 - Análise das diferenças ao nível das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao tipo de medicação - teste da ANOVA

Tabela 52 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência - teste Mann-Whitney

Tabela 53 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Planear relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 54 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência - teste-t de student

Tabela 55 - Análise das diferenças ao nível das dimensões Aceitação, Uso de substâncias e Desinvestimento comportamental relativamente ao internamento devido à asma - teste Mann-Whitney

Tabela 56 - Análise das diferenças ao nível das dimensões Utilização do suporte instrumental e Negação relativamente ao internamento devido à asma - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

Tabela 57 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao internamento devido à asma - teste-t de student

Tabela 58 - Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente à reação ao diagnóstico - teste Kruskal-Wallis

Tabela 59 - Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à reação ao diagnóstico - teste da ANOVA

Tabela 60 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre o WHOQOL-bref e as dimensões do Brief-COPE

Tabela 61 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o WHOQOL-bref e as dimensões do Brief-COPE

Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
INE	Instituto Nacional de Estatística
DGS	Direção-Geral da Saúde
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
ERS	<i>European Respiratory Society</i>
PNDR	Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
NAEPP	<i>National Asthma Education and Prevention Program</i>
NHLBI	<i>National Heart, Lung and Blood Institute</i>
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life - Bref</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

Introdução

Atualmente, é cada vez mais comum o diagnóstico de doenças crónicas. No entanto, a evolução da ciência tem permitido aumentar o tempo de vida destes doentes, havendo uma melhoria do controlo das doenças e qualidade de vida de quem tem de lidar com estas patologias (Vieira & Lima, 2002).

A asma é uma das doenças crónicas mais frequentes e constitui atualmente uma problemática a nível universal. Habitualmente, a asma surge na infância, podendo persistir ao longo dos anos, sendo menos frequente o seu início na idade adulta (DGS, 2017). Esta doença crónica pode causar restrições físicas, emocionais e sociais consideráveis, sendo que as limitações da mesma podem modificar, profundamente, a vida dos doentes. As interferências são proporcionalmente maiores à medida que os sintomas não são adequadamente controlados. Além disso, as próprias características da doença, com a ocorrência de intensificações súbitas e inesperadas, mantêm os doentes em constante *stress* e insegurança (Fernandes & Oliveira, 1997).

Afigura-se, por este motivo, importante a avaliação da qualidade de vida e da forma como as pessoas lidam com a doença crónica, nomeadamente a asma. A informação, por um lado, sobre o impacto da asma na qualidade de vida é essencial para identificar os problemas enfrentados pelas pessoas que sofrem desta patologia, e por outro lado, o conhecimento e as estratégias das pessoas são variáveis importantes para manter o comportamento desejado, a fim de lidar adequadamente com a doença (Adams et al., 2001; Deenen & Klip, 1993).

Neste âmbito, o objetivo geral desta investigação é avaliar a qualidade de vida e o *coping* numa amostra de pessoas adultas diagnosticadas com asma, seguidas nas consultas da Unidade de Pneumologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (CHCB). De maneira a dar resposta à questão de investigação enunciada, pretende-se também avaliar as diferenças entre as características sociodemográficas e os níveis de qualidade de vida e *coping* utilizado; analisar se existem diferenças entre as características clínicas relacionadas com a asma ao nível da qualidade de vida e das estratégias de *coping* e por fim, mas não menos importante, avaliar a associação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping*.

O presente trabalho está organizado em quatro secções distintas, das quais a primeira faz um breve enquadramento teórico e concetual da asma, abordando aspetos acerca dos fatores de risco, prevalência da doença, tratamento, papel da psicologia na intervenção da doença e as duas variáveis em estudo, a qualidade de vida e o *coping*. Na segunda parte descrevem-se as metodologias adotadas nesta investigação, incluindo a descrição dos objetivos do estudo, os instrumentos utilizados e os procedimentos seguidos no processo de recolha de dados.

Nesta parte é ainda apresentada a descrição da amostra em estudo, constituída por 50 pessoas adultas com diagnóstico de asma. A terceira reúne os resultados obtidos através do tratamento e análise estatística de dados e a quarta integra a discussão de resultados, as limitações do estudo e as conclusões finais.

Com esta investigação procura-se acrescentar contributos ao nível científico, em termos da exploração e organização da informação teórica, da apresentação de resultados que possam ser úteis para o conhecimento da temática e para o desenvolvimento de investigações posteriores em torno da qualidade de vida e das estratégias de *coping* em pessoas adultas com o diagnóstico de asma.

I. Enquadramento Teórico

Capítulo 1: A Asma

1.1. Doença crónica

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016), tanto o número de pessoas afetadas por doenças crónicas, como também a prevalência das mesmas, tem aumentado bastante desde o ano de 2005/2006, sendo cada vez mais comum o seu diagnóstico (Vieira & Lima, 2012). Uma doença crónica pode ser definida como uma perturbação orgânica que se prolonga no tempo e que raramente pode ser curada (Stanton, Revenson & Tennen, 2007; Vinnacia & Orozco, 2005).

Atualmente, quando nos referimos a doenças crónicas, falamos de doenças cardiovasculares, respiratórias, cancro, diabetes, entre outras (Malta et al., 2017). Segundo Malta e colaboradores (2017), estas doenças são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Na Europa, as doenças crónicas afetam 8 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos, sendo que cerca de 70 a 80% dos orçamentos de saúde em toda a União Europeia são gastos nos tratamentos destas doenças (Serviço Nacional de Saúde, 2010).

Pelo seu carácter permanente, este tipo de doenças provoca alterações nas capacidades físicas, mas têm também um grande impacto ao nível psicológico, afetando o sujeito e o seu meio mais próximo (Silver, Westbrook & Stein, 1998). Desta forma, o estudo dos aspetos psicológicos assume extrema importância.

1.2. A asma no adulto

A asma é uma das doenças crónicas com maior prevalência, que varia de acordo com os países e que ocorre em todos os grupos etários, afetando mais de 300 milhões de pessoas em todo o Mundo (DGS, 2017). Esta doença inflamatória é caracterizada por uma hiperatividade das vias respiratórias que provoca pieira, dispneia, sensação de aperto no peito e tosse, e que envolve fases intermitentes e recorrentes de obstrução destas vias, frequentemente em períodos noturnos (DGS, 2017). Além disso, causa algumas limitações aos doentes e traz também, alguns custos associados, quer com a medicação necessária quer com os custos hospitalares de internamento ou atendimento em urgências devido a crises asmáticas e ainda custos emocionais que, inevitavelmente, irão afetar a pessoa (Conn, Halterman, Lynch, & Cabana, 2007; Lopes, Delgado & Ferreira, 2008; Wood, Miller & Lehman, 2015). A asma em adultos muitas vezes não recebe a atenção que merece (Greener, 2011), e, infelizmente, é muito

comum e caracterizada por subdiagnóstico e subtratamento (Gibson, McDonald, & Marks, 2010).

Esta doença crónica tem um percurso bastante imprevisível, passando por fases em que os sintomas estão mais controlados e por fases de exacerbação destes sintomas. As crises de asma, que ocorrem em resposta à reatividade a um, ou por vezes vários estímulos, provocam a obstrução das vias respiratórias por constrição dos músculos brônquicos, edema e hipersecreção de muco (Bacharier et al., 2008). Contudo, mesmo quando não se manifestam quaisquer sintomas clínicos, a inflamação pode manter-se presente, uma vez que os sintomas tendem a persistir durante a vida, sendo de extrema importância a monitorização e a continuação dos cuidados de saúde recomendados (Almeida et al., 2004). Durante esses períodos, é frequente que apareçam os sintomas visíveis como a tosse, pieira, falta de ar e aperto no peito, como referido anteriormente (Conn et al., 2007).

Podem considerar-se **diferentes níveis da doença**, tendo em conta a frequência da manifestação de sintomas, a sua intensidade e a necessidade de tomar medicação. Assim, o Programa Nacional de Controlo da Asma classifica-os, do menos severo ao mais grave: (1) asma intermitente, quando os sintomas surgem menos de uma vez por semana ou se acordarem o doente à noite até duas vezes por mês, não havendo sintomas nos períodos intermédios; (2) asma persistente ligeira, quando os sintomas surgem uma ou mais vezes por semana, mas não diariamente, ou se acordarem o doente mais de duas vezes por mês; (3) asma persistente moderada, quando os sintomas surgem diariamente, o doente acorda de noite todas as semanas e tem necessidade de utilizar medicação, tendo dificuldades nas suas atividades diárias; (4) asma persistente severa, quando os sintomas são permanentes e frequentemente acordam o doente durante a noite, limitando as atividades diárias do mesmo. Apenas um sintoma é necessário para incluir o doente numa destas categorias, que pode ir variando ao longo da vida, e em qualquer uma delas as crises podem ser de grande gravidade (DGS, 2007).

Pode ainda, também, considerar-se uma **classificação de gravidade** relativamente às crises de asma, de acordo com os seguintes sinais e sintomas: (1) crise ligeira, em que a pessoa apresenta dispneia à marcha, tolera a posição de decúbito, apresenta um discurso quase normal e está consciente. Além disso, apresenta-se habitualmente calma, podendo mostrar alguma ansiedade, não apresenta tiragem respiratória, a frequência respiratória está habitualmente normal, a frequência cardíaca está habitualmente abaixo dos 100/min, apresenta sibilos moderados e não apresenta pulso paradoxal; (2) crise moderada, em que a pessoa apresenta dispneia a falar, adota a posição de sentado, fala com frases curtas, está consciente, mas ansiosa e apresenta tiragem respiratória. A frequência respiratória encontra-se elevada, a frequência cardíaca encontra-se entre 100 e 120/min, apresenta sibilos evidentes e pode apresentar pulso paradoxal; (3) crise grave, em que a pessoa apresenta dispneia em repouso, encontra-se inclinada para a frente, fala apenas através de palavras,

encontra-se ansiosa ou até agitada e apresenta tiragem respiratória. A frequência respiratória é superior a 30/min, a frequência cardíaca é superior a 120/min, apresenta sibilos muito elevados e apresenta, geralmente, pulso paradoxal e (4) crise com paragem respiratória iminente, em que a pessoa se apresenta sonolenta ou em estado de confusão, com bradicardia, silêncio respiratório e não apresenta pulso paradoxal (DGS, 2000).

1.2.1. Fatores de risco

Os fatores de risco são cada vez mais relevantes nas novas políticas dos Cuidados de Saúde, que procuram reforçar a prevenção da doença e promover a saúde das populações (DGS, 2014). Assim sendo, são vários os fatores que podem desencadear uma crise de asma, tais como substâncias irritantes transportadas pelo ar (e.g. fumo do tabaco), alterações da temperatura do ar, infeções respiratórias ou outros alergénios que suscitam hipersensibilidade imunológica (e.g. pó doméstico, pêlos de animais, alergénios alimentares), prática de exercício físico, emoções fortes (e.g. riso, choro, *stress*), pólen, produtos químicos inaláveis, excesso de peso e obesidade, aumento da poluição atmosférica e até mesmo alguns fármacos (e.g. ácido acetilsalicílico e beta-bloqueantes) (Conn et al., 2007; DGS, 2000; Macedo et al., 2007). Em alguns casos, em que a asma pode ser considerada como fatal ou quase fatal, são apontados fatores como a utilização desadequada dos medicamentos, o historial médico (e.g. internamentos e recorrência à urgência), a não adesão à medicação e tratamento e a falta de competências na percepção da gravidade dos sintomas (Alvarez, Schulzer, Jung, & Fitzgerald, 2005).

Também o risco familiar de asma, rinite ou eczema, particularmente quando se trata de um progenitor, pode aumentar a probabilidade da pessoa desenvolver asma (Almeida et al., 2004; Bacharier et al., 2008; GINA, 2017; Milam et al., 2008). As famílias com ambiente social negativo, baixo estatuto socioeconómico (Klennert, Kaugars, Strand, & Silveira, 2008), os meios urbanos (Branco et al., 2016), as atitudes perante a doença e o baixo conhecimento sobre a mesma (Lopes et al., 2008) são outras variáveis que são consideradas como de maior risco para o diagnóstico e agravamento da asma. Outra variável apontada como fator de risco é, ao contrário do que acontece na infância, pertencer ao sexo feminino nos adultos (ERS, 2003).

Estes desencadeantes podem não afetar da mesma forma todos os doentes, pois cada um tem as suas particularidades (Conn et al., 2007). Os adultos que sofrem de asma apresentam um espectro de sinais e sintomas que podem variar de doente para doente e no mesmo doente ao longo do tempo (ERS, 2003). Assim, torna-se necessário que cada doente tenha uma avaliação e tratamento individualizado, adaptado às suas necessidades, tendo sempre em conta os seus sintomas e reações particulares a estes desencadeantes (Conn et al., 2007). A asma tem um impacto indescritível a nível físico, trazendo também muitos entraves psicológicos,

familiares, sociais e laborais/escolares, interferindo com a rotina normal da pessoa e, consequentemente afetando a sua qualidade de vida (Bacharier et al., 2008; DGS, 2000).

Apesar de não haver uma justificação consensual acerca do aumento de casos de asma nos últimos tempos, alguns autores sugerem que uma das causas esteja relacionada com o estilo de vida mais sedentário, levando as pessoas a passar mais tempo em espaços fechados, em que estão expostos a alergénios interiores (Platts-Mills, Blumenthal, Perzanowski, & Woodfolk, 2000; Almeida et al., 2004). No caso dos adultos, estes geralmente desenvolvem a chamada asma ocupacional, que é induzida pelos alergénios aos quais as pessoas geralmente estão expostas. Existe alto risco de asma ocupacional em empregos que incluam pintura em *spray*, fabricação de produtos químicos, contato com animais, horticultura, cabeleireiros, entre outros, estimando-se que cerca de 15% de toda a asma adulta está “relacionada com o trabalho” (ERS, 2003; Greener, 2011). Segundo Henneberger e colaboradores, apenas um terço dos casos de asma ocupacional foram diagnosticados (Greener, 2011). Outra das causas indicadas é o facto de, desde muito cedo, as pessoas serem habituadas a recorrer e utilizar antibióticos e a evitar infeções, o que se irá refletir no funcionamento do sistema imunológico, que ficará mais frágil e suscetível ao desenvolvimento de doenças como a asma (Mattes & Karmaus, 1999).

1.2.2. Prevalência, morbidade e mortalidade

As doenças respiratórias são umas das maiores causas de morte em Portugal, assim como no resto do mundo, e têm vindo a aumentar desde a década de 90 do século XX (DGS, 2016). A asma trata-se de uma condição muito comum, de prevalência crescente, importante morbidade e potencial mortalidade (Gaspar, Almeida & Nunes, 2006).

Em Portugal, e de acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), a prevalência da asma na população residente é de 6,8% e estima-se que a prevalência média de asma atingirá mais de 5,2% da população do grupo etário dos 20-44 anos (DGS, 2017). Estima-se que apenas 57% dos asmáticos tenham a sua doença controlada, ou seja, cerca de 300.000 portugueses necessitam de melhor intervenção para o controlo da doença. Relativamente ao controlo da doença, 88% dos asmáticos não controlados consideram erradamente a sua doença como controlada. A análise da taxa padronizada de internamentos hospitalares aponta Portugal como o país da UE com menor taxa de internamento por asma, em jovens com idade superior a 15 anos e em adultos (DGS, 2017). Apesar dos valores apresentados, a asma é considerada uma doença crónica que pode, de facto, ser controlada, e desta forma, evitar que ocorram mortes relacionadas com a doença. Vários fatores podem ter alguma preponderância nestas situações, constituindo fatores de risco o pobre acompanhamento médico e falta de regularidade do mesmo, a má utilização da medicação ou mesmo a própria gravidade da doença (Gaspar et al., 2006).

Portugal integra, de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o grupo dos países com menor mortalidade por asma. No que diz respeito à análise da mortalidade padronizada para esta doença, estas taxas são mais elevadas na população adulta, sobretudo nas faixas etárias acima dos 65 anos (DGS, 2017).

1.2.3. Tratamento

A intervenção na asma recorre a dois tipos de tratamento medicamentoso, que podem ser utilizados independentemente ou em conjunto, conforme as necessidades particulares de cada doente, com o propósito de manter o controlo clínico da doença (GINA, 2017). Um deles é o tratamento de ação preventiva a longo prazo, habitualmente de toma diária e por inalação, que consiste em corticosteroides (medicamentos anti-inflamatórios) que previnem ou reduzem a inflamação das vias aéreas e também os sintomas de asma (Bacharier et al., 2008; DGS, 2007; GINA, 2017). Outro tratamento utilizado na asma é o de alívio rápido ou de SOS, que é composto por broncodilatadores, também aplicados por inalação, e que têm a ação de reduzir a constrição dos brônquios durante as exacerbações (DGS, 2007; GINA, 2017). A preferência pelo método de inalação deve-se ao seu efeito mais acelerado, uma vez que o fármaco é depositado diretamente nas vias respiratórias e em elevadas concentrações (DGS, 2007).

É de destacar que os tratamentos não incluem apenas medidas farmacológicas, isto é, a toma de medicação, mas englobam também uma série de atitudes e comportamentos. A educação do doente é uma parte fundamental na terapêutica da asma e deve incluir todas as fases do atendimento, tanto ambulatorio como hospitalar. Deve-se ter sempre em consideração os aspetos ao nível da cultura e deve-se integrar e abranger os aspetos de conhecimento da doença, incluindo medidas para a redução da exposição aos fatores desencadeantes e a adoção de um plano de autocuidado na identificação precoce de sintomas (Bateman et al., 2008; Gibson, 2000; Gibson et al., 2002). Outros aspetos a considerar são, por exemplo, a monitorização dos sintomas, seguindo sempre os conselhos dos médicos, evitar a exposição a fatores ambientais que desencadeiam certos sintomas que podem provocar uma crise, como poeiras, fumo de tabaco, pêlos de animais, entre outros, evitamento de esforços físicos e situações que provoquem emoções fortes, limpeza frequente da habitação onde a pessoa mora, particularmente do quarto do doente (Bellin, Kub, Mudd, Bollinger & Butz, 2016; Desai & Oppenheimer, 2011; Popa-Velea & Duma, 2006; Santos, 2005).

1.3. Intervenção na asma: o papel da psicologia

A discussão do tema asma e psicologia torna-se essencial quando pensamos na necessidade de se considerar o doente integralmente, em especial o doente asmático, cuja doença manifesta, para além de causas físicas, causas psicológicas. Ao longo do tempo, a psicologia

tem vindo a aproximar-se de temas que, anteriormente, eram vistos como exclusivamente médicos. Consequentemente têm surgido diversos paradigmas acerca das intervenções na doença crónica, que têm em consideração e dão ênfase ao papel da educação do doente e à sua autoeficácia na gestão da doença e na administração de medicamentos (Fragoso, 2005, referido por Santos, 2012; Creer, 2001).

As doenças crónicas não têm apenas implicações ao nível da saúde física, acarretando também consequências psicossociais, económicas e funcionais, instalando um ambiente de incerteza e *stress*, que prejudicam a qualidade de vida do doente e de todos os que o rodeiam (DGS, 2007). Assim, são vários os profissionais que investigam a influência de variáveis psicológicas em doenças como a asma, e que desenvolvem programas de intervenção junto de doentes e familiares.

Tanto a nível nacional como internacional têm sido desenvolvidas medidas que procuram a disseminação de informação para a prevenção da asma. Uma dessas medidas é o programa *National Asthma Education and Prevention Program* (NAEPP), criado e implementado nos Estados Unidos da América em 1989, sendo administrado pelo *National Heart, Lung and Blood Institute* (NHLBI). Este programa atua em colaboração com associações médicas, de voluntariado e outros tipos de programas de educação para a saúde, e tem como principais objetivos (1) aumentar a consciencialização dos doentes, famílias, profissionais de saúde e público geral acerca da gravidade da asma e assegurar o correto reconhecimento de sintomas e diagnóstico da doença; (2) identificar projetos e atividades em curso que estejam relacionados com a doença; e (3) encorajar parcerias entre doentes, famílias e profissionais de saúde em programas de tratamento e educação, promovendo o controlo eficaz da asma (Adams et al., 2001; NHLBI, 2017).

Em 1993, surgiu a *Global Initiative for Asthma* (GINA), o Programa Mundial para a Asma, criado em colaboração com o NHLBI, os *National Institutes of Health* (NIH) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Este programa surge com o objetivo de informar e consciencializar acerca da asma, promover o estudo da mesma para que se possam melhorar as estratégias de intervenção, gestão e tratamento, sendo que desta forma se procura reduzir a morbilidade e mortalidade provocada pela asma (GINA, 2016, 2017).

Em Portugal, também a Direção-Geral de Saúde criou o Programa Nacional de Controlo da Asma, tendo como inspiração a GINA, com o intuito de diminuir a prevalência, morbilidade e mortalidade relacionada com esta doença. Os principais objetivos consistiam em promover uma melhor qualidade de vida entre os doentes com asma, melhorar a eficácia da prestação de cuidados de saúde e equipar o doente e a sua família de capacidades para o melhor controlo da doença (DGS, 2000).

Assim, assume uma extrema importância compreender as necessidades de cada pessoa e quais os problemas e maiores dificuldades em lidar com a asma e com as mudanças que esta envolve e provoca na vida quotidiana, de forma a proporcionar um apoio mais idiossincrático a cada doente. Desta forma, a psicologia tem como principal objetivo perceber a melhor forma de intervenção em cada situação particular, sendo necessário haver uma adaptação às especificidades e idiossincrasias da doença e do doente (Fragoso, 2005). Em cada doente tona-se necessário estudar os aspetos psicológicos envolvidos e tratá-los, tendo sempre em consideração a sintomatologia atual do doente, incluindo os níveis de ansiedade e *stress*, o carácter, as perturbações psicológicas, o *coping*, as motivações e a disponibilidade para iniciar e continuar um tratamento psicológico (Koszer, 2001; Koszer, 2002, referido por Fragoso, 2005). Neste sentido, o psicólogo deve manter uma relação colaborativa, não só com o doente e a família, mas também com os profissionais de saúde que o acompanham, sendo por isso importante a sua integração nas equipas multidisciplinares. Deve trabalhar com o doente, primeiramente, a identificação das cognições e os estados emocionais dominantes que possam ser a fonte de sofrimento psicológico. Torna-se fundamental que o psicólogo envolva o doente no processo de avaliação, de forma a avaliar as suas próprias expectativas, ajudando-o a aceitar a pertinência dos aspetos psicológicos, nomeadamente cognitivos, na forma como vê e lida com a sua condição (e.g., perceção dos sintomas, adesão à terapêutica, adesão à farmacologia). Por isso é de extrema importância que o psicólogo forneça um racional teórico compreensivo da doença crónica em questão, clarificando sempre as interações recíprocas entre as cognições, afetos, comportamentos, processos biológicos e o ambiente, seguindo sempre um trabalho colaborativo com o doente. Além disso, e por meio da utilização de estratégias cognitivo-comportamentais, deve intervir em vários aspetos, como, por exemplo: explorar e mudar crenças e processos cognitivos (e.g., pensamento catastrófico, atribuições, autoafirmações), promover estratégias de *coping* mais adequadas para lidar com os acontecimentos indutores de *stress* (e.g., crises de asma), avaliar e trabalhar os fatores ambientais e interpessoais que possam estar a contribuir para a manutenção dos sintomas (e.g. a exploração e análise dos factos de vida causadores de *stress* ou o modelamento e reforço dos sintomas por outras pessoas que são significativas na vida do sujeito) (Matos & Machado, 2007). Assim, torna-se imprescindível, também, que este processo de intervenção inclua os familiares da pessoa, participando e aprendendo a reconhecer e reforçar significados e comportamentos funcionais que ajudem no processo de mudança e na experimentação de formas alternativas de adaptação à doença, que aumentem o bem-estar e qualidade de vida da pessoa com asma (Matos & Machado, 2007).

1.4. Qualidade de vida

Neste ponto pretende-se efetuar uma breve revisão teórica relativa ao conceito de qualidade de vida, de forma a abordar a sua multidimensionalidade e importância no estudo da asma.

Pretende-se, com base na revisão bibliográfica, compreender e apresentar o impacto da asma na qualidade de vida das pessoas.

1.4.1. Conceptualização teórica da qualidade de vida

A qualidade de vida é um conceito subjetivo, um ponto ideal individualizado que exige definições pessoais de valores, satisfações e bem-estar (Fernandes & Oliveira, 1997). Apesar de não haver consenso entre os autores quanto à definição universal deste construto (Canavarro, 2010; Gonçalves, 2004, Gonçalves & Vilarta, 2004; Minayo, Hartz & Buss, 2000), a Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Deste modo, e como referido anteriormente, apesar de não existir uma concordância total em relação à definição deste conceito, é amplamente aceite, pelos diversos autores, a multidimensionalidade do mesmo (Canavarro, 2010).

Na qualidade de vida, o facto de referirmos a existência de uma perceção sobre a mesma implica, obrigatoriamente, que esteja presente um carácter de subjetividade (Fonseca et al., 2009). Desta forma, a qualidade de vida reflete mais do que um estado de saúde, tendo em consideração a forma como a pessoa percebe, entende e reage às limitações impostas pela sua problemática, em três domínios principais: o físico, o psicológico e o social (Silva, Naspitz & Solé, 2000; Spilker, 1990, referido por Ribeiro, 1994).

Diferentes autores defendem a diversidade de indicadores, tanto objetivos como subjetivos, que são capazes de influenciar este conceito, nomeadamente: físicos, biológicos, sociais, psicológicos, comportamentais, emocionais, ambientais, espirituais, económicos e políticos (Praça, 2012; Vinaccia & Orozco, 2005). Assim, a avaliação da qualidade de vida vem assumir um papel fundamental no que diz respeito à perceção dos indivíduos e vai depender do que é que eles percebem da sua vida nos diferentes domínios (Roncada et al., 2015).

Do mesmo modo que não existe uma concordância quanto à definição deste conceito, também não existe uma forma única para estudar, adequadamente, a qualidade de vida. No que diz respeito à avaliação, a qualidade de vida pode ser avaliada de forma objetiva e subjetiva, tendo sempre em consideração a sua multidimensionalidade e subjetividade (Macedo, 2013; Higginson & Carr, 2001; Seidl & Zannon, 2004; Vinaccia & Orozco, 2005). Assim, de forma congruente, o indivíduo deve ser percebido de forma holística pois, de acordo com Martins, França e Kimura (1996), “o doente (...) é uma pessoa e, como tal, não é um ser isolado, não abandona todo o seu contexto de vida depois de ser acometido pela doença.” (p.7). Por este motivo, avaliar este construto trata-se de considerar a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não-médicos do seu contexto de vida e

reconhecer que este conceito é composto por várias e diferentes dimensões (Seidl & Zannon, 2004).

Apesar de ser um construto impossível de medir através de indicadores e meios físicos objetivos de mensuração, é possível de avaliar, através da perceção individual de cada pessoa relativamente à sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (Amorim, 1999). Do mesmo modo também é possível avaliar como as manifestações de uma doença e/ou seu tratamento são experienciadas, sendo grande a atenção dispensada sobre os instrumentos que se baseiam na autoavaliação acerca dos sentimentos, atitudes e comportamentos (Amorim, 1999; Seidl & Zannon, 2004).

Considera-se também de extrema importância clarificar a **distinção entre qualidade de vida e o conceito de saúde**, uma vez que tendem a ser frequentemente confundidos. Durante muito tempo a saúde foi definida como ausência de doença, sendo que é aceite que esta definição não corresponde completamente à realidade e não é adequada (Amorim, 1999). Assim, o estado de saúde é ponderado como um conceito multidimensional e dinâmico, sendo que a sua caracterização requer informação detalhada de diferentes aspetos da vida de um indivíduo, tanto de carácter objetivo como subjetivo, explicado pela perceção do bem-estar físico, mental e social (Oliveira, 2009; Ribeiro, 1994; Vinaccia & Orozco, 2005). Por outro lado, a qualidade de vida é considerada um conceito muito mais abrangente e que é determinado, em parte, pela saúde (Macedo, 2013). Pode-se afirmar que a saúde deve ser um dos domínios incluídos na avaliação da qualidade de vida, havendo assim a criação de um conceito mais específico, a **Qualidade de Vida relacionada com a Saúde**. Este conceito refere-se aos aspetos da qualidade de vida que estão diretamente relacionados com a doença e o tratamento e que englobam as dimensões físicas, sociais e psicológicas da saúde (Pais-Ribeiro, 2009; Santos & Pereira, 2008), ao invés de ser entendida como um sinónimo da qualidade de vida, visto que são conceitos que apresentam as suas especificidades (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

1.4.2. Qualidade de vida na asma

A asma é uma doença crónica que pode causar restrições físicas, emocionais e sociais consideráveis, exercendo um impacto adverso substancial na vida de muitas pessoas que têm esta condição (Fernandes & Oliveira, 1997; Ford, Mannino, Redd, Moriarty & Mokdad, 2004). Estas limitações podem modificar, profundamente, a vida destes sujeitos, interferindo drasticamente ao nível da saúde, ao nível económico, emocional e social, não só pelo consumo em grande quantidade dos recursos de saúde (medicamentos, consultas, recursos aos serviços de urgência e internamentos), como pelas ausências ao trabalho, capacidade e desempenho no trabalho e pode até mesmo prejudicar as suas carreiras, pois afeta pessoas em plena idade produtiva (Fernandes & Oliveira, 1997; Ford et al., 2004; Ferreira, Brito & Ferreira, 2010).

Contudo, as características individuais, a situação social, as expectativas psicológicas do doente e os estilos de vida diferentes fazem com que o impacto proporcionado pela doença na qualidade de vida dos sujeitos seja díspar e que não se correlacione com a gravidade ou prognóstico da doença propriamente dita (Fernandes & Oliveira, 1997; Marks et al., 1992). Muitos doentes asmáticos podem ter uma perceção incompleta do impacto da asma na sua vida social, afirmando terem uma vida “normal”, sendo que este facto pode, em parte, ser explicado por ajustamentos e restrições que estes doentes possam já ter incorporado nos seus estilos de vida, ou por uma dissimulação das suas restrições (Ferreira, 1998).

A qualidade de vida de doentes portadores de asma é um assunto que está, cada vez mais, a ser estudado, visto que a importância deste conceito tem vindo a ser reconhecido de forma crescente (Nogueira, 2006; Ferreira, 2008). Desta forma, e dado que se trata de uma doença com grande impacto económico, social e com elevada morbidade, os estudos têm vindo a apresentar como objetivo medir a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde nesta condição (Ferreira, Brito & Ferreira, 2010). A medição da perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde, relativamente à asma, fornece uma medida de resultado discriminatória, ampla e relevante, para identificar as potenciais contribuições dos fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais para o impacto da asma (Marks, Dunn & Woolcock, 1992). Neste sentido é essencial ter informação sobre como o diagnóstico de asma influencia a qualidade de vida (Adams et al., 2001; Marks, Dunn & Woolcock, 1992).

De acordo com as diretrizes da asma do *U.S. National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)*, o objetivo final e principal da intervenção na asma passa por melhorar a perceção da qualidade de vida das pessoas que têm esta doença crónica. Assim, compreender os determinantes da qualidade de vida, especialmente os potencialmente modificáveis, pode ser útil na avaliação e conceção de intervenções mais adequadas e adaptadas que permitam melhorar a qualidade de vida dos doentes (Ford et al., 2004; NHLBI, 2012, *cit. in* Stucky, Edelen, Sherbourne, Eberhart, & Lara, 2014).

1.4.2.1. Características epidemiológicas

Vários são os autores que defendem que a asma tem um impacto negativo na qualidade de vida, ou seja, que pessoas com asma têm pior qualidade de vida ou qualidade de vida mais fraca quando comparadas com pessoas sem esta doença crónica (e.g. Adams et al., 2001; Cui, Zack & Zahran, 2015; Ford et al., 2003; Ford et al., 2004).

No entanto, em estudos realizados em população somente com asma, foi possível constatar que os dados importantes relativos à perceção de qualidade de vida, foram variando tendo em consideração diferentes características sociodemográficas.

Enquanto alguns autores referem a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na perceção da qualidade de vida em relação ao **género** (Malo et al., 1993; Matos e Machado, 2007; Gibson, Talbot, Toneguzzi, 1995), a maioria encontrou resultados que apontam para o facto de as mulheres avaliarem mais negativamente a sua qualidade de vida, comparativamente aos homens (Böhmer et al., 2016; Ferreira, Brito & Ferreira, 2010; Ferreira, Silveira & Marques, 2008; Hazell, Frank & Frank, 2003; Lobo, 2006; Sousa et al., 2013; Sundberg, Palmqvist, Tunsäter & Torén, 2009). Isto é explicado pelo facto dos homens reportarem um grau menor de limitações provocadas pela asma e maior controlo da doença (Ferreira, Brito & Ferreira, 2010), enquanto as mulheres relatam um efeito mais pronunciado do efeito da sua condição, tanto ao nível do humor, como dos sentimentos e relacionamentos (Marks et al., 1992), o que vai de encontro aos resultados de Juniper e colaboradores (1992), que referem que as mulheres dão mais importância aos problemas devido à asma. Quirk e Jones (1990) acrescentam também que as mulheres referem maior dificuldade em áreas específicas, incluindo a duração do ataque de asma, problemas com o trabalho e constrangimento na utilização da medicação em público (Quirk & Jones, 1990, referido em Schmier, Chan & Leidy, 1998).

Relativamente à **idade**, é defendido, de um modo geral, que a qualidade de vida diminui à medida que a idade das pessoas com asma aumenta (Ferreira, Brito & Ferreira, 2010; Ferreira, Silveira & Marques, 2008; Hazell, Frank & Frank, 2003; Hyland, Finnis & Irvine, 1991; Kaptein et al., 1993; Lobo, 2006; Malo et al., 1993; Matos & Machado, 2007), sendo que os jovens apresentam, então, um grau menor de limitações e maior controlo da doença do que os mais velhos. Contudo, contrariamente ao que é defendido pelos autores supracitados, outros autores divulgaram que as pessoas com idade avançada se encontram menos afetados pela sua condição crónica (Alith et al., 2015; Juniper et al., 1992; Quirk & Jones, 1990, referido em Schmier, Chan & Leidy, 1998). Segundo os autores, os mais jovens atribuem um valor mais significativo aos efeitos da asma e são menos tolerantes à doença. Este aspeto vai ao encontro da premissa de que as maiores limitações e sintomas experienciados pelas pessoas asmáticas mais velhas podem ser compensados pelo facto de conviverem há mais tempo com a doença, estando então habituados às suas problemáticas, e conseqüentemente terem desenvolvido estratégias de *coping* adequadas e uma visão mais otimista relativamente ao futuro (Juniper et al., 1992).

Segundo Haas e colaboradores (1994), Leidy e Coughlin (1998), Matos e Machado (2007) e Ferreira, Brito e Ferreira (2008) existem diferenças significativas entre indivíduos ao **nível da escolaridade**. Em média, as pessoas com o ensino superior apresentam um grau menor de limitações provocadas pela asma e maior controlo da doença relativamente a pessoas com o ensino secundário, primário e/ou os que não sabem ler nem escrever, e conseqüentemente, uma melhor perceção da sua qualidade de vida. **Ao nível socioeconómico e do agregado familiar**, pode-se afirmar que os sujeitos empregados e os que vivem acompanhados

apresentam também um grau menor de limitações provocadas pela asma e maior controlo da doença do que os indivíduos aposentados/reformados e dos que vivem sozinhos, respetivamente. Pode-se ainda referir que receber um rendimento mais baixo leva a uma maior dificuldade em lidar com a condição crónica, revelando menor qualidade de vida (Bacon, Bouchard, Loucks & Lavoie, 2009; Ferreira, Brito & Ferreira, 2010).

Em relação ao **estado civil**, foi encontrado que pessoas solteiras tendem a ter maiores níveis de qualidade de vida (Ferreira, Brito & Ferreira, 2010; Szykiewicz et al., 2013). Contudo, resultados contraditórios encontrados afirmaram que pessoas casadas têm um risco ligeiramente menor de desenvolver asma e tendem a perceber mais positivamente a sua qualidade de vida devido ao suporte económico e social existente (Schiue, 2013).

1.5. Coping

Neste ponto pretende-se efetuar uma breve revisão teórica relativa ao conceito de *coping*, de forma a abordar a sua pertinência no estudo da asma. Desta forma, procura-se, atendendo à revisão bibliográfica, perceber e mostrar o impacto da asma na forma como os sujeitos lidam com a doenças e quais as estratégias de *coping* que utilizam, por norma, nestes casos.

1.5.1. Conceptualização teórica do *coping*

Quando um sujeito é confrontado com acontecimentos de vida e os avalia como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e a ajustar-se a eles (Bishop, 1994, referido por Costa & Leal, 2006). Lazarus e Folkman (1984) mencionam que uma situação é percebida pelo sujeito como mais ao menos ameaçadora a partir da avaliação que este faz da situação, em função do significado que ela tem para si mesmo. Tendo em conta a idiosincrasia dos indivíduos, um acontecimento que deixa uma pessoa perturbada pode ser indiferente para outra, havendo sempre uma grande variabilidade entre os acontecimentos indutores de *stress* e a vulnerabilidade dos sujeitos perante as situações (Costa & Leal, 2006).

Uma situação é vista como ameaçadora se for percebida pelo sujeito como causadora de prejuízo ou perda, fazendo com que este reaja de modo a dominar o acontecimento ou a controlar as suas reações emocionais, perante a situação (Costa & Leal, 2006). O *stress* envolve reações biopsicossociais, podendo ser considerado indutor de *stress* todo o tipo de ocorrência. O *stress* é a relação estabelecida entre os acontecimentos perturbadores/ameaçadores e os sentimentos, pensamentos e comportamentos, ou seja, as reações da pessoa (Evans, 1998; Santos & Castro, referido por Costa & Leal, 2006). O *stress* é, então, sinónimo de uma relação desconfortável entre a pessoa e o ambiente, ou seja, a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbadores e as reações do organismo (Costa & Leal, 2006).

De acordo com Sordes-Arder, Fsian, Esparbés e Tap (1996), para ultrapassar o conflito que é gerado pela situação causadora de *stress*, o sujeito utiliza estratégias de *coping* (Costa & Leal, 2006). O *coping* tem sido definido como o conjunto de estratégias, tanto cognitivas como comportamentais, que os sujeitos utilizam para gerir, reduzir, minimizar e lidar com as exigências internas e externas (Lewis & Frydenberg, 2002; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

São três os pontos-chave que estão contidos na definição de *coping*. Em primeiro lugar, o *coping* é considerado um processo orientado, centrado na forma como a pessoa pensa e age durante uma situação indutora de *stress* e pode alterar-se com o tempo. Em segundo lugar, o *coping* está relacionado com o contexto, visto que é influenciado pela avaliação que o sujeito realiza quanto à exigência da situação. Por último, mas não menos importante, as estratégias ou respostas utilizadas pelo sujeito não são avaliadas nem analisadas como boas ou más, mas apenas como esforços para responder às exigências da situação e que podem ter bom ou mau resultado (Graziani & Swendsen, 2007).

Tratando-se de *coping*, é de extrema importância distinguir o que os autores têm definido como estilos de *coping* e estratégias de *coping*. Embora os estilos possam influenciar as estratégias selecionadas, são fenómenos distintos e com diferentes origens teóricas. Apesar desta distinção não ter um consenso geral, a sua descrição é necessária para uma melhor compreensão deste construto (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Ryan-Wenger, 1992).

De uma forma mais geral, os **estilos de *coping*** têm sido relacionados a características da personalidade ou a resultados de *coping* (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). Segundo Carver e Scheier (1994), o ser humano desenvolve formas únicas de lidar com o *stress*, podendo estes hábitos ou estilos de *coping* influenciar as reações do mesmo a novas situações. Estes autores definem os estilos de *coping*, não pela preferência de uma estratégia de *coping* sobre outras, mas pelo facto de existir uma tendência de utilizar determinada estratégia em menor ou maior grau. Os estilos de *coping* não implicam, necessariamente, traços de personalidade que predispõem o sujeito a agir de certa forma, mas podem refletir a tendência a responder de uma forma particular quando confrontados com uma série específica de situações (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Sapata, 2012).

Ao contrário dos estilos de *coping*, que estão conectados a fatores disposicionais do sujeito, as **estratégias de *coping*** têm sido ligadas a fatores situacionais, referindo-se a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no decorrer de um episódio de *stress*. Segundo Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de *coping* podem variar de momento para momento, durante os estágios de uma situação indutora de *stress*, sendo, desta forma, impossível prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1980; Sapata, 2012).

De acordo com Compas e colaboradores (2001), poder-se-ia classificar as estratégias de *coping* em dois tipos, dependendo da sua função. As estratégias poderiam ser distinguidas entre as que são **focadas no problema** e as que são **focadas na emoção** (Dias, Rodriguez & López-Sánchez, 2015).

As **estratégias focadas no problema** envolvem esforços para mudar a fonte de *stress*, ou seja, um esforço para atuar na situação que dá origem ao *stress*, tentando alterá-la. A função desta estratégia é modificar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está a causar tensão. As **estratégias focadas na emoção** envolvem a mudança da resposta emocional do sujeito relativamente ao *stress*, um esforço para regular o estado emocional que é associado à situação causadora de *stress*. Estes esforços são dirigidos a um nível somático e a um nível emocional, tendo como função reduzir a sensação física desagradável de estado de *stress* (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Dias, Rodriguez & López-Sánchez, 2015).

Para Folkman e Lazarus (1980), a utilização de estratégias de *coping*, tanto as focalizadas no problema como as focalizadas na emoção, dependem da avaliação que é feita da situação *stressante* na qual o indivíduo se encontra envolvido. De acordo com estes autores, existem duas formas de avaliação que convergem para definir o potencial de *stress* de uma situação e os recursos de *coping* necessários: a **avaliação primária** e a **avaliação secundária**. A avaliação primária é um processo cognitivo no qual o sujeito determina o significado que o evento pode ter para o seu bem-estar (positivo, negativo ou indiferente) e na avaliação secundária, quando a situação é vista como negativa, ocorre a avaliação dos recursos disponíveis para a enfrentar. Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focado no problema tende a ser mais utilizado, enquanto o *coping* focado na emoção tende a ser mais utilizado em situações avaliadas como inalteráveis (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Costa & Leal, 2006; Folkman & Lazarus, 1980).

O modelo de Folkman e Lazarus, de 1980, envolve quatro conceitos principais: (1) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o sujeito e o ambiente; (2) a sua função é de administração relativamente à situação causadora de *stress*, ao invés do controlo ou domínio da mesma; (3) os processos de *coping* pressupõem uma noção de avaliação, ou seja, como é que o acontecimento é percebido, interpretado e cognitivamente representado; (4) o processo de *coping* constitui-se numa mobilização do esforço, através da qual os sujeitos irão utilizar os seus recursos, tanto cognitivos como comportamentais, para reduzir, minimizar ou tolerar as exigências, internas ou externas, que aparecem aquando da interação com o ambiente. Este modelo tem sido apontado como o mais compreensivo relativamente ao *coping*, em comparação com os restantes modelos (Beresford, 1994).

1.5.2. *Coping* na Asma

O *coping* é um processo dinâmico que desempenha um papel importante no comportamento de uma pessoa para responder da melhor maneira possível ao seu ambiente, visto que o comportamento e o ambiente se influenciam mutuamente (Deenen & Klip, 1993).

O impacto do *stress* causado por uma doença crónica pode ter consequências a longo prazo sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. A adaptação a uma doença crónica depende, não só da gravidade da doença, mas também pode ser influenciada pela capacidade do indivíduo para avaliar e reagir contra *stressores*. O modelo transaccional do *stress* proposto por Folkman e Lazarus, em 1988, sugere que, para além das características do sujeito e da doença, o estilo de *coping* e os recursos psicossociais de *coping* têm um papel bastante importante no desfecho da doença (Hesselink et al., 2004).

O conhecimento e as estratégias da pessoa são variáveis importantes para manter o comportamento desejado de doentes com asma. A fim de lidar adequadamente com a doença, é necessária a compreensão do doente sobre o uso diário de um regime de medicamentos, que é frequentemente complexo (Deenen & Klip, 1993), e também priorizar e desempenhar tarefas de autocuidado (O’Conor et al, 2016). No que diz respeito aos doentes com asma, a educação em saúde é particularmente destinada a fornecer-lhes conhecimentos e estratégias que lhes permitam lidar adequadamente com a doença no seu quotidiano e, além disso, essa educação em saúde funciona também para motivá-los (Deenen & Klip, 1993). O’Conor e colaboradores (2016) destacam a necessidade de existência de mais programas de suporte ao nível da autogestão da doença, de forma a aumentar a capacidade destas pessoas em gerir esta condição e aquisição de novos comportamentos de autogestão. Na investigação sobre a relação entre o *coping* e a doença, é importante que não se concentre apenas na doença e no tratamento, mas particularmente na relação entre o doente, o seu ambiente e a sociedade, cuja relação deve ser adaptada (Deenen & Klip, 1993).

A asma tem consequências a longo prazo para o funcionamento diário dos doentes. Estas pessoas têm que mudar os seus padrões comportamentais drasticamente, aprender a lidar com as limitações que a doença envolve e usar as suas estratégias remanescentes, tanto quanto possível. É por isso que uma característica importante do tratamento da asma visa promover a autogestão do doente, tendo os doentes que ser capazes de lidar adequadamente com as condições da sua doença. Além disso, é exigida uma tomada de consciência contínua e um esforço consciente do lado do doente, bem como uma consciência contínua do seu próprio comportamento e a capacidade de fazer escolhas importantes (Deenen & Klip, 1993).

Existem, muito provavelmente, diferentes mediadores, tanto comportamentais como biológicos, que possam influenciar o papel do *stress* na asma, sendo que as estratégias de *coping* podem ser um desses mediadores. Tal como referido anteriormente, estas estratégias

referem-se a esforços específicos, tanto comportamentais como psicológicos, que pretendem dominar, tolerar ou minimizar as situações causadoras de *stress*, sendo assim distinguidas dois tipos de estratégias: as centradas no problema, com o objetivo de fazer algo ativo para aliviar as circunstâncias *stressantes*, e as centradas na emoção, que envolvem esforços para regular as consequências emocionais de eventos *stressantes* ou potencialmente *stressantes* (Nia, Aliloo & Ansarin, 2010).

Várias pesquisas indicam que as pessoas usam ambos os tipos de estratégias para combater a maioria destas situações, sugerindo que as pessoas que sofrem de asma utilizam estratégias diferentes em comparação com as pessoas que não têm asma (Barton, Clarke, Suleiman & Abramson, 2003). Cousson-Gelief e Tay tard (1999) e Hesselink, Penninx, Schlosser, Wijnhoven, Van der Windt, Kriegsman e van Ejik (2004) mostraram que a utilização de estratégias de *coping* centradas na emoção era um fator efetivo na asma e Nia, Aliloo e Ansarin (2010) concluíram que os sujeitos com asma são menos propensos a utilizar estratégias de *coping* centradas no problema, aquando problemas psicológicos e situações indutoras de *stress*. Concluíram, assim que as estratégias de *coping* centradas na emoção são um fator determinante na forma como o sujeito com asma lida com as suas dificuldades, o que não vai ao encontro do estudo realizado por Sexton, Calcasola, Bottomley e Funk (1999) (referido por González-Freire, Vázquez-Rodríguez, Marcos-Velázquez & de la Cuesta, 2010), que refere que os doentes asmáticos, geralmente, adotam um estilo de *coping* mais centrado nos problemas.

1.5.2.1 Características epidemiológicas

O impacto do *stress* que é causado por uma doença crónica tem, geralmente, consequências a longo prazo ao nível do funcionamento diário da pessoa e da sua qualidade de vida. A adaptação a este tipo de condição específica depende, não só da gravidade da doença, mas também da capacidade que o sujeito tem para avaliar e reagir contra eventos causadores de *stress* (Hesselink et al., 2004).

No entanto, em vários estudos que foram realizados, foi possível constatar que os dados importantes relativos à forma como o sujeito lida com a doença e às estratégias de *coping* que utiliza, no caso da asma, foram variando tendo em consideração diferentes características sociodemográficas.

Relativamente à **idade**, O'Connor e colaboradores (2016) realizaram um estudo em que foram recrutados doentes com asma e concluíram que os doentes mais velhos, em comparação com os mais jovens, têm tendência a não identificarem bem os seus sintomas e a não perceberem a gravidade e severidade da asma, o que pode dificultar a sua capacidade de gerir e lidar, eficazmente, com a situação. No entanto, devido à persistência da doença, as pessoas mais velhas tendem a desenvolver estratégias de *coping* improvisadas, de forma a continuar as suas

atividades diárias, não sendo estas estratégias, por vezes, as mais indicadas a lidar com o problema, dificultando, novamente, a gestão da condição crónica. O estudo de O’Conor e colaboradores (2016) vai de encontro a outro realizado por Goeman, O’Hehir, Jenkins, Scharf e Douglass (2007), onde adultos mais velhos com asma relataram “que se aprende a viver com o problema”, o que é indicativo de uma abordagem “*mind-over-matter*” para controlar os sintomas da asma. Os autores desse estudo referiram que, uma vez que as pessoas aceitassem a presença de sintomas como algo normal, isso poderia afetar o seu reconhecimento consciente de sintomas e poderia ser um obstáculo para a forma de lidar com a doença (O’Conor et al., 2016).

Enquanto alguns autores sugerem a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na forma como as pessoas lidam com a asma e na utilização das estratégias de *coping* (Hesselink et al., 2004; Lewandowska, Specjalski, Jassem & Stomiński, 2009; Mäkinen, Suominen & Lauri, 2000), em relação ao **género**, outros encontraram resultados que não vão de encontro com os autores acima supracitados.

Alguns estudos referem que, geralmente, os homens utilizam mais as estratégias de *coping* focadas no problema e as mulheres as mais focadas na emoção, quando ambos os sexos têm o mesmo nível de educação (Braido et al., 2012; Serafino, 2002, referido por Sousa, Landeiro, Pires & Santos). No entanto, num estudo realizado por Sexton e colaboradores (1999), com 99 adultos com asma, foi possível concluir que o grupo das mulheres era aquele que mais utilizava estratégias de *coping* de forma a manter o controlo, a pensar em várias formas de lidar com a situação e a perceber os problemas. Estes resultados são consistentes com os estudos de Wilson, Pritchard e Revalee (2005) e Van de Ven, Engles, Sawyer, Otten e Van Den Eijnden (2007), que mostraram que as mulheres relataram a utilização de estratégias de *coping*, tanto focadas no problema como na emoção, mais vezes que os homens (Van de Ven et al., 2007).

Em relação ao **nível de escolaridade**, Braido e colaboradores (2012) e Lewandowska e colaboradores (2009) referiram que, tanto para os níveis mais elevados como para os níveis mais baixos de escolaridade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Ao longo deste capítulo efetuou-se uma breve caracterização da asma, salientando o número elevado e crescente de casos acometidos por esta doença crónica, em Portugal, com visível impacto, não apenas ao nível físico, como também psicológico, ao nível da qualidade de vida e na forma como as pessoas lidam com a sua condição. Este capítulo teve como objetivo também refletir sobre a necessidade de alteração de estilos de vida e a importância do papel da psicologia na intervenção da asma, para a obtenção de um maior controlo e estabilidade desejável na vivência desta doença crónica e para a adoção de um papel mais ativo por parte dos sujeitos no tratamento. Neste capítulo procurou-se também fazer uma súmula dos

resultados obtidos em diferentes investigações presentes na literatura, sobre a associação entre a qualidade de vida e o *coping* com a asma.

II. Estudo Empírico

Capítulo 2: Metodologia

Neste capítulo será efetuada uma breve descrição dos objetivos e método de estudo, estabelecendo o paralelismo com a fundamentação teórica realizada previamente, que sustenta a pertinência desta investigação. Assim, neste capítulo serão apresentados, de forma fundamentada, os objetivos de estudo. Seguir-se-á uma descrição do desenho e método de estudo, incluindo uma caracterização da amostra, bem como dos instrumentos e procedimentos adotados. Na finalização deste capítulo, procura-se ainda abordar os princípios éticos e deontológicos, recomendados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), que suportaram todo o presente estudo.

2.1. Fundamentação e objetivos do estudo

Este estudo tem por **objetivo** avaliar a qualidade de vida e as estratégias de *coping* numa amostra de pessoas diagnosticadas com asma, em seguimento nas consultas da Unidade de Pneumologia do Centro Hospital Cova da Beira, E.P.E. (CHCB). De forma a dar resposta à questão de investigação formulada, objetiva-se alcançar os seguintes **objetivos específicos**: (1) explorar se existem diferenças entre as características sociodemográficas (género, nível de escolaridade, estado civil, agregado familiar, situação profissional) e os níveis de qualidade de vida e as estratégias de *coping* utilizadas; (2) avaliar a associação entre a qualidade de vida e a idade e as estratégias de *coping* e a idade (3) analisar se existem diferenças entre as características clínicas relacionadas com a asma (tempo de diagnóstico; tempo de seguimento; diagnósticos de outros problemas de saúde crónicos; acompanhamento psicológico/psiquiátrico; diagnóstico de asma em familiares; toma de medicação para a asma; necessidade de recorrer ao serviço de urgência devido a uma crise de asma; internamento devido a uma crise de asma) ao nível da qualidade de vida e das estratégias de *coping*; (4) avaliar a associação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping*.

2.2. Desenho do estudo

A investigação científica constituiu um processo complexo, que deve ser cuidadosamente planificado e orientado para a procura de respostas (Daen, 2011; Evans, 2007; Pallant, 2005). Estas, por sua vez, pretendem explicar, descrever ou explorar fenómenos, com o propósito final de aumentar e aperfeiçoar o conhecimento científico e melhorar a compreensão da realidade humana (Dean, 2011; Evans, 2007; Martins, 2011). De forma a realizar uma recolha de dados e tratamentos efetivos é necessário fazer uma planificação do estudo e selecionar a metodologia adequada, tendo sempre em consideração os objetivos, problema e variáveis de investigação.

Assim, atendendo à natureza da informação recolhida (Daen, 2011), importa salientar que se trata de um **estudo quantitativo** por permitir a avaliação e análise de dados observáveis e quantificáveis, obtidos através do preenchimento de instrumentos padronizados e avaliados através de procedimentos estatísticos (Daen, 2011; Martins, 2011). Seguindo esta linha, é importante também referir que estamos perante um **estudo comparativo**, uma vez que se pretende comparar diferentes variáveis em estudo de modo a identificar possíveis semelhanças e diferenças entre as mesmas (Daen, 2011).

Para além da análise e caracterização das variáveis, tem-se por objetivo também identificar possíveis associações/relações entre elas, avaliando, explorando e explicando a natureza dessas associações/relações, optando-se, desta forma, por um **design correlacional** (Evans, 2007; Martins, 2011). Relativamente ao momento de recolha de dados, estamos perante um **estudo transversal** pois este foca-se num único grupo que representa a população em estudo, procedendo-se à recolha que é feita num único momento, não sendo objetivo explorar possíveis alterações das variáveis ao longo do tempo (Daen, 2011; Hochman, Nahas, Filho & Ferreira, 2005; Pais Ribeiro, 2010).

Segundo o objetivo geral, a presente investigação pode ser referida como **descritiva**, na medida em que pretende descrever a realidade, registar, analisar e interpretar um fenómeno de interesse, aumentando o nível de conhecimento e compreensão sobre o mesmo (Aragão, 2011; Daen, 2011).

2.3. Caracterização da amostra

Os participantes deste estudo foram adultos com diagnóstico de asma seguidos nas consultas da Unidade de Pneumologia do Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. (CHCB). Os critérios de inclusão da amostra compreendem: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos; (2) ter diagnóstico de asma; (3) inexistência de perturbação do estado de consciência que levasse à falta de entendimento quanto às questões colocadas. Trata-se de uma amostra **não probabilística** e de **conveniência** (Martins, 2011) constituída por 50 pessoas adultas com diagnóstico de asma, na sua maioria do sexo feminino (66%), e com idades compreendidas entre os 20 e 80 anos de idade ($M= 55,94$; $DP= 17,18$). No geral, o nível de escolaridade da amostra é baixo, com mais de metade dos participantes a terem apenas o 4º ($n=25$; 50%) ou 6º ano de escolaridade ($n=7$; 14%).

A maioria dos participantes encontra-se casada ($n=33$; 66%) e não reside sozinha ($n=48$; 96%). Cerca de 50% da amostra não trabalha (reformados: $n=18$; 26%; estudantes: $n=2$; 4% e desempregados: $n=3$; 6%) e os restantes trabalham a tempo inteiro ($n=7$; 14%), tempo parcial ($n=4$; 8%) ou como domésticos ($n=7$; 14%).

Tabela 1

Frequências e percentagens relativas às características sociodemográficas

Variáveis		N	Frequências (%)
Género	Masculino	17	34.0
	Feminino	33	66.0
	Total	50	100.0
Nacionalidade	Portuguesa	50	100.0
	Total	50	100.0
Local de Residência	Covilhã	36	72.0
	Fundão	9	18.0
	Belmonte	2	4.0
	Lisboa	1	2.0
	Oliveira do Hospital	1	2.0
	São João da Pesqueira	1	2.0
	Total	50	100.0
Idade	20-64 anos	30	60.0
	65-80 anos	20	40.0
	Total	50	100.0
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	25	50.0
	6º ano	7	14.0
	9º ano	2	4.0
	12º ano	9	18.0
	Licenciatura	7	14.0
	Total	50	100.0
Estado Civil	Casado	33	66.0
	Solteiro	9	18.0
	União de Facto	3	6.0
	Viúvo	3	6.0
	Divorciado	2	4.0
	Total	50	100.0
Filhos	Sim	38	76.0
Nº de Filhos	Não	12	24.0
	1	12	24.0
	2	18	36.0
	3	5	10.0
	4	3	6.0
Vive sozinho	Sim	2	4.0
Agregado Familiar	Não	48	96.0
	Cônjuge/Companheiro	28	56.0
	Cônjuge/companheiro e Filho(s)	9	18.0
	Pais e/ou sogros	5	10.0
	Outros	4	8.0
	Filho(s)	2	4.0

Situação Profissional	Reformado(a)	18	36.0
	Emprego a tempo inteiro (full-time)	12	24.0
	Doméstico(a)	7	14.0
	Emprego em regime de tempo parcial	4	8.0
	Outra situação	4	8.0
	Desempregado(a)	3	6.0
	Estudante	2	4.0
	Total	50	100.0

No que diz respeito à caracterização clínica da amostra, 35 (70%) dos inquiridos foram diagnosticados com asma no período 1-16 anos e 15 (30%) num período superior a 16 anos. Quanto ao tempo de tratamento, 36 dos inquiridos (72%) referiram estar a ser acompanhados num período de 1-11 anos e 14 (28%) referiram estar a ser acompanhados em consulta num período superior a 11 anos. A maioria dos participantes (56%) não tem diagnosticado outro problema de saúde crónico (físico ou mental), e no que concerne à questão sobre a existência de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, apenas 10 sujeitos (20%) responderam positivamente.

A maioria da amostra mencionou ter familiares com asma (64%). No que toca à medicação, 48 sujeitos (96%) referiram tomar medicação para a asma, sendo que 20 (40%) utilizam bomba e 17 (34%) bomba em simultâneo com a ingestão de comprimidos. Atendendo à necessidade de recorrer aos serviços de saúde, 28 (56%) participantes referiram já o terem feito, aquando uma crise de asma, no entanto, 36 (72%) dos sujeitos mencionaram nunca terem sido internadas devido à asma. Ao nível da reação relativamente ao diagnóstico, a maioria (60%) relata aceitação, 15 (30%) medo/preocupação e 5 (10%) tristeza/surpresa/choque.

Tabela 2

Frequências e percentagens relativas às características clínicas

Variáveis		N	Frequências (%)
Tempo de diagnóstico	1-16 anos	35	70.0
	> 16 anos	15	30.0
	Total	50	100.0
Tempo de seguimento	1-11 anos	36	72.0
	> 11 anos	14	28.0
	Total	50	100.0
Outros problemas crónicos de saúde	Sim	22	44.0
	Não	28	56.0
	Total	50	100.0
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	Sim	10	20.0
	Não	40	80.0
	Total	50	100.0
Familiar com asma	Sim	32	64.0
	Não	18	36.0
	Total	50	100.0
Medicação para a asma	Sim	48	96.0
	Não	2	4.0
	Bomba	20	40.0
	Bomba e comprimidos	17	34.0
	Bomba e inalador	6	12.0
	Inalador	5	10.0
Serviço de urgência	Sim	28	56.0
	Não	22	44.0
	Total	50	100.0
Internamento	Sim	14	28.0
	Não	36	72.0
	Total	50	100.0
Reação ao diagnóstico de asma	Aceitação	30	60.0
	Medo/Preocupação	15	30.0
	Tristeza/Surpresa/Choque	5	10.0
	Total	50	100.0

A maioria dos participantes (56%) revelou estar “satisfeito” com a informação que tem sobre a doença e o seu tratamento e 15 (30%) demonstraram estar “muitos satisfeitos”. De forma semelhante, dos 50 sujeitos que responderam a esta questão, metade (50%) referiu estar “satisfeita” com a qualidade dos serviços prestados pela instituição que frequenta, e 18 (36%) revelaram estar “muito satisfeita”.

Tabela 3

Frequências e percentagens relativas à satisfação com a informação acerca da doença e seu tratamento e à satisfação com os serviços de saúde prestados pela instituição

Variáveis	N	Frequências (%)	
Satisfação com a informação sobre asma e sobre o tratamento	Satisfeito	28	56.0
	Muito satisfeito	15	30.0
	Insatisfeito	3	6.0
	Muito insatisfeito	2	4.0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	2	4.0
Total	50	100.0	
Satisfação com a qualidade dos serviços prestados pela instituição	Satisfeito	25	50.0
	Muito satisfeito	18	36.0
	Insatisfeito	3	6.0
	Muito insatisfeito	2	4.0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	2	4.0
Total	50	100.0	

2.4. Instrumentos

Para a recolha de dados foi constituído um protocolo de investigação que integra vários componentes e instrumentos, tendo sempre em consideração as especificidades da amostra da investigação, a brevidade de aplicação do protocolo, a validação dos instrumentos para a população portuguesa e as suas particularidades psicométricas.

Assim, e atendendo aos objetivos deste estudo e as suas variáveis, selecionou-se o questionário sociodemográfico e de informação clínica, o *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WhOQOL-BREF) e o *Brief-COPE*, que serão seguidamente apresentados e caracterizados.

2.4.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico que fez parte do protocolo de investigação procurou recolher informações relativas ao género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, estado civil, agregado familiar e situação profissional dos sujeitos.

Tendo em consideração as especificidades deste estudo, e de forma a possibilitar a caracterização clínica da amostra, foram adicionadas, a este questionário, questões que facilitassem a recolha de informações relativamente ao tempo de diagnóstico; tempo de seguimento; existência de algum familiar com asma; diagnóstico de outros problemas de

saúde (físicos e/ou mentais); adoção de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico; toma de medicação; reação ao diagnóstico da asma; ocorrência de possíveis internamentos devido à asma e necessidade de recorrer ao serviço de urgência devido a uma crise de asma. A estrutura deste questionário sociodemográfico passou pela capacidade de possibilitar um conhecimento mais completo do estado de saúde atual do sujeito.

Ainda para a caracterização da amostra, foram acrescentadas na escala 2 itens focados na satisfação de cada doente relativamente à informação disponibilizada sobre a asma e o seu respetivo tratamento, bem como a satisfação perante a qualidade dos serviços de saúde prestados pela instituição em que o sujeito é seguido nas consultas de pneumologia. Estes dois itens deveriam ser respondidos numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 equivale a “*muito insatisfeito*” e 5 equivale a “*muito satisfeito*”.

2.4.2. WHOQOL-bref

O *World Health Organization Quality of Life - Bref* consiste numa versão breve e reduzida do WHOQOL-100, construída pela necessidade de existência de instrumentos curtos que levassem pouco tempo a ser preenchidos, mas que ao mesmo tempo apresentassem características psicométricas satisfatórias (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010; Fleck et al., 2000; Sales & Ferreira, 2011).

Este instrumento é composto por 26 itens e está organizado em 4 domínios: **Físico**, **Psicológico**, **Relações Sociais** e **Ambiente** (Canavarro et al., 2010; Fleck et al., 2000; Sales & Ferreira, 2011; Vaz Serra et al., 2006). Cada um dos domínios acima referidos é composto por um conjunto de facetas, em que cada uma é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item. Os domínios incluídos nesta escala são:

a) **Físico**: dor e desconforto (item 3); energia e cansaço (item 10); sono e repouso (item 16); mobilidade (item 15); atividade de vida diária (item 17); dependência de medicação ou tratamentos (item 4); capacidade de trabalho (item 18) (Canavarro et al., 2003; Vaz Serra et al., 2006).

b) **Psicológico**: sentimentos positivos (item 5); pensamento, aprendizagem, memória e concentração (item 7); autoestima (item 19); imagem corporal e aparência (item 11); sentimentos negativos (item 26); espiritualidade/religião/crenças pessoais (item 6) (Canavarro et al., 2003; Vaz Serra et al., 2006).

c) **Relações Sociais**: relações pessoais (item 20); apoio social (item 22); atividade sexual (item 21) (Canavarro et al., 2003; Vaz Serra et al., 2006).

d) **Ambiente**: segurança física (item 8); ambiente do lar (item 23); recursos económicos (item 12); cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (item 24); oportunidades para adquirir novas informações e competências (item 13); participação e/ou oportunidades de recreio e lazer (item 14); ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima) (item 9); transporte (item 25) (Canavarro et al., 2003; Vaz Serra et al., 2006).

Este instrumento inclui, ainda, uma faceta sobre a qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde (Canavarro et al., 2010).

Todas as questões apresentam uma escala de resposta de tipo *Likert*, de 5 pontos, que possibilitam classificar a **intensidade** (forma como o sujeito experiencia determinado estado ou situação), **capacidade** (disponibilidade da pessoa para um certo comportamento, sentimento ou estado), **frequência** (números de vezes em que certo comportamento, sentimento e estado ocorre), e **avaliação** (percepção pessoal sobre um comportamento, capacidade ou estado), consoante a especificidade da faceta avaliada no item. A maneira como o questionário está formulado permite que este seja aplicado através do autorregisto ou entrevista, a todos os adultos que revelam compreensão das questões. Relativamente à interpretação dos resultados, esta é realizada de forma linear, em que os resultados mais elevados são sinónimo de melhor qualidade de vida (Canavarro et al., 2003).

De acordo com Canavarro e colaboradores (2003) e Vaz Serra e colaboradores (2006), a consistência interna desta escala é aceitável, tanto ao nível do cálculo de cada um dos seus domínios (**Físico** (0,87), **Psicológico** (0,84), **Relações Sociais** (0,64) e **Ambiente** (0,78), como ao nível do cálculo da totalidade dos 26 itens que a compõem (0,92). É de extrema importância referir que este instrumento apresenta bons coeficientes de correlação e que, embora todos os itens estejam correlacionados com os diferentes domínios de cada escala, revelam sempre valores de correlação superiores com o domínio a que pertencem (Canavarro et al., 2003). Em relação à estabilidade do teste-reteste, os autores acima supracitados defendem que a mesma é boa e aceitável em todos os domínios da escala. O WHOQOL-bref apresenta uma boa validade discriminante, entre pessoas doentes e saudáveis, pois no estudo de validação oficial, para além dos grupos terem mostrado diferenças estatisticamente significativas, o grupo de controlo obteve resultados mais elevados comparativamente com o grupo clínico (Canavarro et al., 2003).

No que concerne à análise de confiabilidade, nesta investigação também foi calculada a consistência interna, através do alfa de *Cronbach*, para a totalidade dos 26 itens que compõem a escala, bem como para os seus diferentes domínios. De acordo com Pestana e Gageiro (2005), os valores podem variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximos os valores forem de 1, maior a confiabilidade. Tendo em consideração os pressupostos dos autores acima referidos e os intervalos definidos por Pereira e Patrício (2013) para a

interpretação da consistência interna, verificou-se que, de um modo geral, os itens apresentam uma consistência boa (0,847), e analisando cada um dos domínios, obteve-se um Alfa de *Cronbach* de 0,333 no domínio **Físico**, o que corresponde a uma consistência inaceitável, e um Alfa de *Cronbach* de 0,501 no domínio **Psicológico**, que presume uma consistência fraca. Relativamente aos domínios **Relações Sociais e Ambiente**, obteve-se uma consistência interna aceitável (0,680 e 0,695, respetivamente), tendo-se obtido uma consistência boa (0,756) no domínio **Geral**. Os resultados obtidos apontam, de uma forma geral, para a fiabilidade dos dados recolhidos através do instrumento WHOQOL-bref. No entanto, segundo Tavakol e Dennick (2011), a consistência interna dos itens deve ser relativizada visto que estamos perante uma versão breve da escala, que apresenta uma grande redução do número de itens, o que pode reduzir notavelmente o valor do Alfa, sem que tal signifique uma baixa consistência interna. Atendendo a este facto, e considerando os resultados obtidos na análise dos itens, optou-se pela conservação dos mesmos e dos respetivos domínios.

2.4.3. *Brief-COPE*

O *Brief-COPE* é uma versão reduzida e adaptada do COPE, desenvolvido por Carver (1989). Este instrumento foi desenvolvido pois as medidas existentes colocavam uma grande sobrecarga nos sujeitos que respondiam ao questionário, nomeadamente quanto ao tempo necessário para responder. Esta escala propõe-se a responder “à necessidade de medidas que avaliem adequadamente qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível” e tem por objetivo avaliar estilos e estratégias de *coping* (Carver, 1997a, p. 93, referido por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *Brief-Cope* é constituído por 28 itens que se agrupam nas seguintes 14 dimensões: **Coping ativo** (itens 2 e 7), **Planear** (itens 14 e 25), **Reinterpretação positiva** (itens 12 e 17), **Aceitação** (itens 20 e 24), **Humor** (itens 18 e 28), **Religião** (itens 22 e 27), **Utilização do suporte emocional** (itens 5 e 15), **Utilização do suporte instrumental** (itens 10 e 23), **Autodistração** (itens 1 e 19), **Negação** (itens 3 e 8), **Expressão de sentimentos** (itens 9 e 21), **Uso de substâncias** (itens 4 e 11), **Desinvestimento comportamental** (itens 6 e 16) e **Autoculpabilização** (itens 13 e 26) (Carver, 1997).

É importante referir que cada escala tem a sua definição. De acordo com Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), o **Coping ativo** refere-se à iniciativa de uma ação ou realização de esforços para remover ou circunscrever o *stressor*; o **Planear** refere-se a pensar sobre o modo de se confrontar com o *stressor* e planear esforços de *coping* ativos; a **Reinterpretação positiva** passa por fazer o melhor da situação crescendo a partir dela ou vendo-a de uma forma mais favorável; a **Aceitação** passa por aceitar que o evento indutor de *stress* ocorre e é real; o **Humor** refere-se a fazer piadas e brincadeiras acerca do *stressor*; a **Religião** refere-se ao aumento de participação em atividades religiosas; a **Utilização do suporte emocional** passa

por conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém; a **Utilização do suporte instrumental** passa por procurar ajuda, informações ou conselhos acerca do que fazer; a **Autodistração** refere-se ao desinvestimento mental do objetivo com que o *stressor* está a interferir; a **Negação** passa pela tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento *stressante*; o **Uso de substâncias** refere-se ao uso de álcool ou outras drogas (medicamentos) como meio de desinvestir do *stressor*; o **Desinvestimento comportamental** passa por desistir ou deixar de se esforçar na tentativa de alcançar o objetivo com o qual o *stressor* está a interferir e por último, a **Autoculpabilização**, em que a pessoa que se culpabiliza e autocrítica pelo que acontece.

A resposta a este instrumento é dada numa escala ordinal com quatro alternativas, variando de 0, que equivale a “nunca faço isto” a 3, que equivale a “faço sempre isto”, sendo que as 14 subescalas, cada uma com dois itens, são cotadas separadamente, não havendo pontuação da escala total (Carver, 1997).

No que diz respeito à consistência interna do estudo de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), com recurso ao Alfa de *Cronbach*, esta mostra valores adequados, tendo em consideração que se refere a dois itens por escala. Os alfas para as 14 dimensões são os seguintes: **Coping ativo** (0,65), **Planear** (0,70), **Reinterpretação positiva** (0,74), **Aceitação** (0,55), **Humor** (0,83), **Religião** (0,80), **Utilização do suporte emocional** (0,79), **Utilização do suporte instrumental** (0,81), **Autodistração** (0,67), **Negação** (0,72), **Expressão de sentimentos** (0,84), **Uso de substâncias** (0,81), **Desinvestimento comportamental** (0,78) e **Autoculpabilização** (0,62), mostrando que a consistência interna das escalas é satisfatória (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Quanto às características psicométricas da escala, no presente estudo foi calculada a consistência interna dos fatores. Tendo em consideração os intervalos definidos por Pereira e Patrício (2013) para a interpretação da consistência interna, obteve-se uma consistência inaceitável nos domínios **Coping Ativo**, **Planear**, **Aceitação**, **Utilização do suporte emocional**, **Utilização do suporte instrumental** e **Autodistração** (0,494, 0,318, 0,440, 0,333, 0,429, 0,490, respetivamente). Relativamente aos domínios **Reinterpretação positiva**, **Negação** e **Expressão de sentimentos**, obteve-se uma consistência interna aceitável (0,619, 0,662 e 0,642, respetivamente). No que concerne aos domínios **Humor** (0,738), **Religião** (0,752), **Desinvestimento comportamental** (0,769) e **Autoculpabilização** (0,787), verificou-se que estes apresentam uma consistência boa e, para o domínio **Uso de substâncias** (0,938), obteve-se uma consistência muito boa. No entanto, considerando Streiner (2003), o facto de se obter um valor alto de Alfa de *Cronbach* nem sempre se traduz numa consistência interna muito boa, pois o Alfa é fortemente afetado pela extensão da escala. Visto que estamos perante uma versão breve da escala, com uma redução considerável do número de itens,

pode haver uma diminuição do valor de Alfa, havendo sempre a necessidade de relativizar a consistência interna dos itens.

2.5. Procedimentos de recolha de dados

2.5.1. Aspetos éticos

O cumprimento dos princípios éticos e deontológicos indicados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) foi assegurado ao longo de todo o estudo e constituiu um aspeto fundamental ao longo de toda a investigação. Desta forma, com o objetivo de contribuir para o progresso do conhecimento científico, tendo em conta o bem-estar das pessoas, foram considerados, quer no desenvolvimento como também na condução do estudo, um conjunto de princípios, nomeadamente:

- 1) **Desenvolvimento e proposta do estudo:** De forma a garantir a inexistência de danos físicos e/ou psicológicos para os participantes, foram selecionados instrumentos, previamente analisados e escolhidos pela equipa de investigação, para a composição do protocolo de avaliação; Após a decisão dos instrumentos de avaliação, foram realizados os pedidos de autorização legal para a utilização dos mesmos; Seguidamente, foram efetuados os pedidos de autorização na unidade hospitalar onde decorreu a recolha de dados (CHCB), de modo a adquirir a aprovação do protocolo de avaliação e recolha de dados pela comissão de ética e pelos conselhos de administração da entidade hospitalar acima supracitada. Após esta aprovação, deu-se início à recolha.

- 2) **Condução do estudo:** Relativamente à condução do estudo, atendeu-se aos seguintes pontos: *participação voluntária, participação informada, capacidade de consentimento e anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.*
 - a) **Participação voluntária:** Todas as pessoas que participaram neste estudo e compõem a amostra desta investigação participaram de forma voluntária no preenchimento do protocolo de avaliação. Tal foi permitido, não só através da escolha livre de participação, como também pela possibilidade de desistência a qualquer momento da investigação.
 - b) **Participação informada:** Todas as pessoas que participaram no estudo receberam uma breve explicação sobre o mesmo, garantida através do consentimento informado presente no início do protocolo, onde estavam presentes informações relativas aos objetivos, metodologia, pertinência da investigação e papel dos participantes e investigadores na mesma.
 - c) **Capacidade de consentimento:** O consentimento informado foi sempre discutido oralmente, criando a oportunidade para o esclarecimento de todas as dúvidas possíveis por parte dos participantes. A participação informada foi formalizada e assegurada, por ambas as partes, através do documento acima referido.

d) Anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos: O anonimato foi assegurado e garantido através da atribuição de um código numérico a cada um dos protocolos, de modo a não existir um conhecimento por parte de outrem e a proteger a identificação do participante.

2.5.2. Recolha de dados

Após o processo de desenvolvimento e proposta de estudo e aquisição de todas as autorizações necessárias, a recolha de dados iniciou-se a 19 de março de 2018 e finalizou-se a 20 de junho do mesmo ano. Durante esse período, 50 pessoas, que são seguidas nas consultas de pneumologia do CHCB, E.P.E., responderam ao protocolo de avaliação, seguindo uma técnica de amostragem não probabilística e por conveniência.

Inicialmente, contactou-se a Diretora do Serviço de Pneumologia, que deu informação acerca dos dias disponíveis para a realização da recolha, dias de consultas e respetivos profissionais de saúde que estariam presentes. Desta forma, todos os momentos de recolha foram marcados pela autorização inicial dos profissionais de saúde responsáveis pelas consultas na unidade de pneumologia. Esta abordagem inicial promoveu um primeiro contacto com o sujeito, na presença do médico já conhecido pelo mesmo, para a apresentação do investigador e da respetiva investigação. Posteriormente, passou-se ao contacto individualizado com cada um dos participantes, onde foi explicado todo o processo, apresentados e debatidos os objetivos de investigação, a conveniência deste tipo de estudo, o papel dos participantes e do investigador e a confidencialidade e anonimato desta investigação. Após este processo de contacto, o protocolo foi respondido, tanto de forma escrita como oral, dependendo do nível de literacia ou dificuldades apresentadas pelos participantes.

Os protocolos foram preenchidos nas salas de espera da unidade de pneumologia, prévia e posteriormente às consultas da asma e sempre na presença do investigador para o esclarecimento de dúvidas.

2.6. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado recorrendo-se ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 25.0 (SPSS), no qual foi construída uma base de dados de raiz que inclui as variáveis presentes no protocolo de avaliação que foi aplicado.

Relativamente à codificação dos dois instrumentos utilizados (WHOQOL-bref e *Brief-COPE*), foi necessária a criação dos fatores que os compõem (domínio físico, psicológico, relações sociais, ambiente; *coping* ativo, planejar, reinterpretação positiva, aceitação, humor, religião, utilização do suporte emocional, utilização do suporte instrumental, autodistração, negação,

expressão de sentimentos, uso de substâncias, desinvestimento comportamental e autculpabilização, respetivamente), bem como dos fatores gerais, que são compostos pela totalidade dos itens de cada escala (isto apenas acontece para o instrumento WHOQOL-bref, uma vez que para o *Brief-COPE* apenas foram tidas em consideração as dimensões e não a escala na sua totalidade). Para compreendermos melhor as pontuações globais das escalas que foram administradas, recorreu-se ao cálculo das médias e desvio padrão obtidos no WHOQOL-bref e *Brief-COPE*. Seguidamente, para a seleção dos testes de estatística inferencial mais corretos no tratamento dos dados tendo em consideração os objetivos delimitados inicialmente, foi então necessário realizar alguns procedimentos estatísticos cruciais.

A análise dos dados foi realizada através de métodos de estatísticas descritiva e inferencial. Primeiramente, procedeu-se ao cálculo das frequências relativas, médias e desvios padrão das variáveis sociodemográficas e clínicas para fins de caracterização da amostra. Seguidamente, calculou-se a consistência interna das escalas do presente estudo, bem como dos fatores que as compõem. Considerou-se que valores do coeficiente Alfa de *Cronbach* inferiores a 0,50 correspondem a uma consistência interna inaceitável, valores entre 0,50 e 0,60 indicam uma consistência interna fraca, valores entre 0,60 e 0,70 apontam para uma consistência interna aceitável, valores entre 0,70 e 0,90 indicam uma consistência interna boa e valores superiores a 0,90 são indicadores de uma consistência muito boa (Pereira e Patrício, 2013).

Foi pertinente, nesta fase do trabalho, averiguar o cumprimento dos pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Desta forma, para além de se assegurar que as variáveis em questão eram intervalares, foi essencial calcular a normalidade da distribuição da amostra e a homogeneidade das variâncias dos diferentes grupos deste estudo. Estes cálculos foram realizados através do teste de *Shapiro-Wilk*, como também do teste de *Levene* (Maroco, 2003; Martins, 2011). Caso todos estes pressupostos estejam presentes, ou seja, se o valor de *p-value* for superior a 0,05 os dados possuem distribuição normal e será então possível proceder-se à análise de dados através de testes paramétricos (Coeficiente de Correlação de *Pearson*, T-test e ANOVA). Caso isto não aconteça, ou seja, se o valor de *p-value* for menor que 0,05, os dados não seguem uma distribuição normal e terá que se proceder à análise de dados através de testes não-paramétricos (Coeficiente de Correlação de *Spearman*, teste *Mann-Whitney*, teste *Kruskal-Wallis*) para o tratamento das informações supracitadas (Maroco, 2003; Martins, 2011; Pereira & Patrício, 2013).

De forma a averiguar a associação entre as variáveis em estudo, calculou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* e de *Spearman*, dependendo de quando eram confirmados os pressupostos da normalidade e da homogeneidade das variâncias. Para suporte dos resultados obtidos, recorreu-se a Martins (2011), que defende que aquando uma associação significativa entre as variáveis, o coeficiente de correlação permite avaliar a direção (positiva e negativa)

e magnitude (variando entre +1 e -1) dessa mesma associação, referindo que uma correlação de +1 significa que há uma correlação positiva perfeita entre as duas variáveis, graficamente obtendo um conjunto de pontos que se sobrepõem, na íntegra, a uma diagonal ascendente. Em contraste, uma correlação de -1 significa que há uma correlação negativa perfeita entre duas variáveis e, graficamente, estamos perante um conjunto de pontos que se sobrepõem, na íntegra, a uma diagonal descendente. Finalmente, uma correlação de zero (0), ou próxima de zero, representa ausência de relação entre as duas variáveis. Recorreu-se também a Cohen (1998), que defende que valores entre 0,01 e 0,25 mostram um tamanho pequeno de efeito/relação fraca, entre 0,26 e 0,36 tamanho/relação moderada e, no caso de valores de r iguais ou superiores a 0,37 estamos perante um tamanho elevado do efeito/forte relação entre as variáveis.

Capítulo 3: Apresentação dos resultados

3.1. Verificação da normalidade das distribuições e de homogeneidade das variâncias

Para avaliar as diferenças entre dois grupos independentes, foi usado o teste *t* de *student* para amostras independentes, sendo então os pressupostos da normalidade e da homogeneidade das variâncias avaliados através do teste de *Shapiro-Wilk*, visto ser recomendada a aplicação deste teste para uma amostra igual ou inferior a 50 (Nascimento, Tibana, De Melo & Prestes, 2015) e análise dos valores de assimetria e curtose [considerando-se que para $Sk < 3$ e $Ku < 7$ não existe uma violação severa ao pressuposto da normalidade (Kline, 2004; Maroco, 2010)] e teste de *Levene*. Na eventualidade de se verificar uma violação severa ao pressuposto de normalidade, será utilizado o teste de *Mann-Whitney* e se se verificar violação do pressuposto da homogeneidade das variâncias, será usado o teste de *t* de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para avaliar as diferenças entre três ou mais grupos independentes, foi usado o teste de Análise da Variância Unidirecional (ANOVA), em que os pressupostos da normalidade e da homogeneidade das variâncias foram avaliados, também, através do teste de *Shapiro-Wilk* e análise dos valores de assimetria e curtose [considerando-se que para $Sk < 3$ e $Ku < 7$ não existe uma violação severa ao pressuposto da normalidade (Kline, 2004; Maroco, 2010)] e teste de *Levene*. Na eventualidade de se verificar uma violação severa ao pressuposto de normalidade, será utilizado o teste *Kruskal-Wallis* e se se verificar violação do pressuposto da homogeneidade das variâncias, será usado o teste da ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade.

3.2. Análise descritiva dos resultados

3.2.1. WHOQOL-bref

Tendo por base os valores oficiais relativos ao estudo de validação da escala WHOQOL-bref para a população portuguesa, através da comparação de uma amostra de controlo e uma amostra de população clínica, procedeu-se à comparação das médias de cada domínio desta escala.

Neste estudo, a média alcançada no domínio **Físico** ($M= 24,28$; $DP= 5,40$) foi inferior ao encontrado no estudo de validação ($M= 54,99$). Valores igualmente inferiores aos obtidos por Vaz Serra et al. (2006) foram observáveis no domínio **Psicológico** ($M= 21,52$; $DP= 2,90$, sendo que no estudo de validação a média foi $M= 64,41$), no domínio **Relações Sociais** ($M= 11,20$; $DP= 2,21$, sendo que no estudo de validação foi $M= 64,47$), no domínio do **Ambiente** ($M=$

28,38; $DP= 4,02$, em que a média encontrada no estudo de validação foi $M= 58,79$), e ainda na avaliação da faceta **Geral** ($M= 6,90$; $DP= 1,61$, em que no estudo de validação foi $M= 49,09$).

A partir dos valores encontrados parece possível sugerir que a população participante nesta investigação tem uma percepção de qualidade de vida abaixo da média, quando comparada com os resultados alcançados no estudo oficial de validação da escala.

3.2.2. *Brief-COPE*

Relativamente à análise das médias alcançadas nos 14 domínios que compõem a escala, e como se pode observar na tabela 4, foi possível verificar que as estratégias de *coping* mais utilizadas pela população deste estudo são a **Aceitação** ($M= 7,56$; $DP= 1,26$) e as menos utilizadas são o **Uso de substâncias** ($M= 0,20$; $DP= 0,81$).

Tabela 4

Estatística descritiva dos domínios do Brief-COPE

Domínios	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<i>Coping</i> Ativo	50	3.32	1.53	.00	6.00
Planear	50	3.30	1.33	.00	6.00
Reinterpretação positiva	50	6.68	1.72	3.00	10.00
Aceitação	50	7.56	1.26	4.00	10.00
Humor	50	2.36	1.66	.00	6.00
Religião	50	2.26	2.03	.00	6.00
Utilização do suporte emocional	50	2.62	1.55	.00	6.00
Utilização do suporte instrumental	50	1.80	1.28	.00	4.00
Autodistração	50	2.50	1.58	.00	6.00
Negação	50	2.22	1.67	.00	6.00
Expressão de sentimentos	50	2.30	1.33	.00	6.00
Uso de substâncias	50	.20	.81	.00	4.00
Desinvestimento comportamental	50	1.36	1.82	.00	6.00
Autoculpabilização	50	2.28	1.64	.00	6.00

3.3. Análise inferencial dos resultados

3.3.1. Qualidade de vida e características sociodemográficas

Após a realização dos testes que permitiram constatar a normalidade da distribuição e a homogeneidade das variâncias das variáveis presentes neste estudo, procedeu-se à análise inferencial. Foi também calculada, para a idade, a associação entre esta e qualidade de vida através da correlação de *Pearson*. Foram calculadas as médias e desvios padrão das variáveis do estudo, com propósitos estatísticos.

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(17) = 0,955$, $p = 0,467$ e $w(33) = 0,970$, $p = 0,532$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 0,938$, $p = 0,388$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste *t* de *student* para amostras independentes. No que concerne à variável **género**, apesar de, através da visualização das médias presentes nas estatísticas de grupo parecer aparentar que os homens ($M = 96,71$; $DP = 14,98$) relatam uma melhor qualidade de vida que as mulheres ($M = 90,00$; $DP = 12,73$), não existem diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos, ao nível da qualidade de vida percebida, $t(48) = -1,57$, $p = 0,122$. (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao género - teste-t de student

	Género			
	Masculino (n = 17) Média (DP)	Feminino (n = 33) Média (DP)	t(48)	P
WHOQOL-bref (26 itens)	96.71 (14.98)	90.00 (12.73)	-1.57	.122

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(25) = 0,980$, $p = 0,880$; $w(9) = 0,929$, $p = 0,476$; $w(16) = 0,886$, $p = 0,049$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk* para o grupo do 12º/licenciatura, mas ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = -0,159$ e $Ku = -1,72$, não existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)] e da homogeneidade das variâncias [$Z(2,47) = 5,187$, $p = 0,009$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é o teste da ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade. Em relação às **habilitações literárias**, apesar de, através da visualização das médias presentes nas estatísticas de grupo parecer mostrar que as pessoas com o 12º ano e licenciatura (1=

97.19) relatam uma melhor qualidade de vida que as pessoas com habilitações até ao 4º ano e 6º ano/9ºano ($M= 88,16$; $DP= 12,40$ e $M= 93,00$; $DP= 11,10$, respetivamente), não existem diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos, ao nível da qualidade de vida percebida, $F(2; 21,78)= 1,38$, $p= 0,272$. (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente às habilitações literárias - ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade

	Habilitações literárias			F(2;21.78)	P
	Até ao 4º ano (n = 25) Média (DP)	6º ano/9ºano (n = 9) Média (DP)	12º ano/Licenciatura (n = 16) Média (DP)		
WHOQOL-bref (26 itens)	88.16(12.40)	93.00(11.10)	97.19(18.11)	1.38	.272

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(36)= 0,962$, $p= 0,240$; $w(14)= 0,954$, $p= 0,624$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48)= 0,630$, $p= 0,431$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste t de *student* para amostras independentes. Assim sendo, quanto ao **estado civil**, apesar de, através da visualização das médias presentes nas estatísticas de grupo parecer apresentar que os solteiros, divorciados e viúvos ($M= 95,00$; $DP= 16,88$) referem uma melhor qualidade de vida que as pessoas casadas e em união de facto ($M= 91,22$; $DP= 13,55$), não existem diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos, ao nível da qualidade de vida percebida, $t(48)= -0,825$, $p= 0,413$. (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao estado civil - teste-t de student

	Estado civil		t(48)	p
	Casado/União facto (n = 36) Média (DP)	Solteiro/Divorciado/Viúvo (n = 14) Média (DP)		
WHOQOL-bref (26 itens)	91.22(13.55)	95.00 (16.88)	-.825	.413

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(9)= 0,879$, $p= 0,152$; $w(7)= 0,945$, $p= 0,691$; $w(16)= 0,946$, $p= 0,427$ e $w(18)= 0,973$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(3,46)= 0,271$, $p= 0,846$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a

utilizar para a análise desta variável é o teste da ANOVA. No que se refere à **situação profissional**, apesar de, através da visualização das médias presentes nas estatísticas de grupo parecer verificar que as pessoas que se encontram empregadas ($M= 95,81$; $DP= 14,84$) mencionam uma melhor qualidade vida que os restantes grupos, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos, ao nível da qualidade de vida percebida, $F(3,46)= 1,13$, $p= 0,349$. (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à situação profissional - ANOVA

	Situação profissional				F(3,46)	p
	Estudante/Desempregado/ Outra situação (n = 9) Média (DP)	Doméstico/a (n = 7) Média (DP)	Empregado (n = 16) Média (DP)	Reformado/a (n = 18) Média (DP)		
WHOQOL-bref (26 itens)	93.56(15.98)	95.14(13.70)	95.81(14.84)	87.39(13.51)	1.13	.349

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(37)= 0,955$, $p= 0,139$ e $w(11)= 0,956$, $p= 0,726$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(1,46)= 0,747$, $p= 0,392$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste t de *student* para amostras independentes. Desta forma, relativamente ao **agregado familiar**, apesar de, através da visualização das médias presentes nas estatísticas de grupo parecer verificar que as pessoas que residem com os filho(s), pais e/ou sogros e outro(s) ($M= 93.64$; $DP= 17,89$) relatam uma melhor qualidade de vida que os restantes grupos, não existem diferenças estatisticamente significativa entre os mesmos, ao nível da qualidade de vida percebida, $t(46)= -0,346$, $p= 0,731$. (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao agregado familiar- teste-t de student

	Agregado familiar		t(46)	p
	Cônjuge/ companheiro e Filho(s) (n = 37) Média (DP)	Filho(s)/Pais e/ou sogros ou outro(s) (n = 11) Média (DP)		
WHOQOL-bref (26 itens)	91.86 (13.95)	93.64 (17.89)	-.346	.731

* $p < .05$

Relativamente à influência da **idade** na qualidade de vida, de forma a se proceder a avaliação da associação entre a qualidade de vida e a idade, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*, visto terem sido aceites todos os testes da normalidade e da homogeneidade das variâncias. Conclui-se que a idade se correlaciona negativamente com a qualidade de vida, $r = -0,363$, $p = 0,010$. Segundo Cohen (1998), e tendo por base o valor referido, a magnitude do coeficiente obtido revela uma associação moderada entre a idade e a qualidade de vida (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Coefficiente de correlação de Pearson entre o WHOQOL-bref e a idade

Variáveis	R	p
WHOQOL-bref	-.363**	.010
Idade		

** .A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

De acordo com Cohen (1998) e Martins (2011), os valores do coeficiente de correlação podem variar entre -1 e 1, e neste caso específico, como podemos ver na tabela supracitada, estamos perante valores de coeficientes negativos. Isto leva-nos a afirmar que estamos perante uma associação negativa, o que sugere que há medida que os valores de uma variável aumentam, os da variável oposta diminuem, e vice-versa.

3.3.2. Qualidade de vida e características clínicas

Seguidamente, irão ser apresentados os resultados obtidos sobre a influência das variáveis clínicas estudadas na qualidade de vida dos participantes deste estudo.

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(35) = 0,951$, $p = 0,121$ e $w(15) = 0,964$, $p = 0,761$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 0,741$, $p = 0,394$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste t de *student* para amostras independentes. No que diz respeito ao **tempo de diagnóstico**, é possível verificar que não se observam diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 11).

Tabela 11

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste-t de student para amostras independentes

	n	Média (DP)	t(48)	P
WHOQOL-bref Tempo de 1-16 anos	35	93.63(13.67)	1.01	.320
(26 itens) diagnóstico >16 anos	15	89.13(16.27)		

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [w(36)= 0,981, $p=0,774$ e w(14)= 0,918, $p=0,207$] e da homogeneidade das variâncias [Z(1,48)= 1,05, $p=0,312$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste t de *student* para amostras independentes. No que diz respeito ao **tempo de seguimento**, é possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas. Desta forma, é possível concluir que as pessoas que são seguidas em consulta da asma há mais de 11 anos relatam melhor qualidade de vida (cf. Tabela 12).

Tabela 12

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao tempo de seguimento em consultas da asma - teste-t de student para amostras independentes

	n	Média (DP)	t(48)	P
WHOQOL-bref Tempo de 1-11 anos	36	88.83(12.87)	-2.89*	.006
(26 itens) seguimento >11 anos	14	101.1(15.08)		

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [w(22)= 0,978, $p=0,874$ e w(28)= 0,961, $p=0,366$] e da homogeneidade das variâncias [Z(1,48)= 0,002, $p=0,968$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste t de *student* para amostras independentes. No que diz respeito à **existência de outro problema de saúde crónico (físico ou mental)**, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas. Desta forma, é possível referir que as pessoas que não apresentam outro problema de saúde crónico para além da asma relatam melhor qualidade de vida do que pessoas que têm mais problemas de saúde crónicos, para além da asma (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à existência de outro problema de saúde crónico - teste-t de student para amostras independentes

	Existência de outro problema de saúde crónico		t(48)	P
	Não (n = 28)	Sim (n = 22)		
	Média (DP)	Média (DP)		
WHOQOL-bref (26 itens)	96.39 (13.73)	87.05 (13.99)	-2.37*	.022

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [w(10)= 0,892, $p=0,179$ e w(40)= 0,947, $p=0,062$] e da homogeneidade das variâncias [Z(1,48)= 0,164, $p=0,687$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste t de *student* para amostras independentes. No que concerne à existência de

algum tipo de **acompanhamento psicológico/psiquiátrico**, é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível da qualidade de vida. Desta forma, podemos referir que pessoas que não são acompanhadas ao nível psicológico e psiquiátrico apresentam melhor qualidade de vida do que aquelas que têm acompanhamento deste tipo (cf. Tabela 14).

Tabela 14

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente a acompanhamento psicológico/psiquiátrico - teste t de student para amostras independentes

	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico		t(48)	P
	Não (n = 40) Média (DP)	Sim (n = 10) Média (DP)		
WHOQOL-bref (26 itens)	95.00(13.75)	81.40 (12.57)	-2.84*	.007

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(32) = 0,985$, $p = 0,916$ e $w(18) = 0,936$, $p = 0,250$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 2,11$, $p = 0,153$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste t de *student* para amostras independentes. Relativamente ao **diagnóstico de asma em familiares**, é possível observar diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida. Desta forma, podemos referir que pessoas que têm familiares diagnosticados com asma relatam pior qualidade de vida do que aquelas que não têm qualquer familiar diagnosticado com esta condição crónica (cf. Tabela 15).

Tabela 15

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste-t de student para amostras independentes

	Diagnóstico de asma em familiares		t(48)	P
	Não (n = 18) Média (DP)	Sim (n = 32) Média (DP)		
WHOQOL-bref (26 itens)	98.67(15.99)	88.69(12.43)	-2.46*	.018

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra [$w(20) = 0,971$, $p = 0,782$; $w(17) = 0,962$, $p = 0,666$ e $w(11) = 0,946$, $p = 0,595$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(2,45) = 1,06$, $p = 0,357$] foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é o teste da ANOVA. No que se refere ao **tipo de medicação**, foi

possível verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida (cf. Tabela 16).

Tabela 16

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente ao tipo de medicação - ANOVA

			n	Média (DP)	F(2.45)	p
WHOQOL-bref (26 itens)	Tipo de medicação	Bomba	20	88.60(14.31)	1.54	.225
		Bomba e comprimidos	17	91.35(12.07)		
		Bomba e inalador	11	97.90(16.74)		

* $p < .05$

Após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(28) = 0,971$, $p = 0,600$ e $w(22) = 0,951$, $p = 0,330$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 0,929$, $p = 0,340$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é teste *t* de *student* para amostras independentes. Relativamente à necessidade de recorrer ao **serviço de urgência** devido à asma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, ao analisar o nível de significância. Quanto ao **internamento**, também foram realizados os testes da normalidade, [$w(14) = 0,934$, $p = 0,345$ e $w(36) = 0,977$, $p = 0,660$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 0,029$, $p = 0,866$], podemos referir que o teste mais correto a utilizar é o teste *t* de *student* para amostras independentes. A partir desta análise é possível referir que, também neste caso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 17).

Tabela 17

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência e internamento devido à asma - teste-t de student

			n	Média (DP)	t(48)	p
WHOQOL-bref (26 itens)	Necessidade de recorrer ao serviço de urgência	Não	22	92.18(16.01)	-.055	.956
		Sim	28	92.41(12.64)		
	Internamento	Não	36	91.89(14.39)	.303	.763
		Sim	14	93.29(15.21)		

* $p < .05$

Finalmente, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra, [$w(30) = 0,967$, $p = 0,467$, $w(15) = 0,956$, $p = 0,631$ e $w(5) = 0,927$, $p = 0,574$] e da homogeneidade das variâncias [$Z(2,47) = 0,142$, $p = 0,863$], foi possível constatar que, neste caso, o teste correto a utilizar para a análise desta variável é a ANOVA. Quanto à **reação perante o diagnóstico**, pode-se concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Análise das diferenças do WHOQOL-bref (26 itens) relativamente à reação ao diagnóstico - ANOVA

			n	Média (DP)	F(2.47)	P
WHOQOL-bref (26 itens)	Reação ao diagnóstico	Aceitação	30	94.20(14.35)	.995	.377
		Medo/Preocupação	15	87.87(14.74)		
		Tristeza/Surpresa/Choque	5	94.00(14.56)		

* $p < .05$

3.3.3. *Coping* e características sociodemográficas

Tal como na análise inferencial da qualidade de vida, após a realização dos testes que permitiram constatar a normalidade da distribuição e a homogeneidade das variâncias das variáveis presentes neste estudo, procedeu-se à sua análise. Foi também calculada, para a idade, a associação entre esta e as estratégias de *coping* através da correlação de *Pearson* e *Spearman*. Foram calculadas as médias e desvios padrão das variáveis do estudo, com propósitos estatísticos.

Relativamente ao **género**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, foi possível constatar que, neste caso, são vários os testes a ser utilizados.

No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(33) = 0,275$, $p = 0,000$ e $w(17) = 0,262$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 4,90$ e $Ku = 25,52$ e $Sk = 4,12$ e $Ku = 17,00$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensão **Aceitação** ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 5,86$, $p = 0,019$], sendo que será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Tabela 19

Análise das diferenças entre ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao género - teste Mann-Whitney

	Género		U	W	P
	Masculino (n=17) <i>Ordem Média</i>	Feminino (n=33) <i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	25.05	25.74	272.5	425.5	.728

* $p < .05$

Tabela 20

Análise das diferenças ao nível da dimensão Aceitação relativamente ao género - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Género		t(43.52)	P
	Masculino (n=17) <i>Média (DP)</i>	Feminino (n=33) <i>Média (DP)</i>		
Aceitação	7.76(.970)	7.45(1.39)	-.918	.364

* $p < .05$

Tabela 21

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao género - teste-t de student

	Género			
	Masculino (n = 17) Média (DP)	Feminino (n = 33) Média (DP)	t(48)	P
<i>Coping</i> ativo	3.53(1.23)	3.21(1.67)	-.690	.493
Planear	3.71(1.21)	3.09(1.35)	-1.57	.122
Reinterpretação				
positiva	7.11(1.62)	6.45(1.75)	-1.30	.200
Humor	2.71(1.69)	2.18(1.65)	-1.06	.296
Religião	1.65(1.77)	2.57(2.12)	1.55	.128
Utilização do				
suporte emocional	2.88(1.45)	2.48(1.60)	-.856	.396
Utilização do				
suporte				
instrumental	1.94(1.20)	1.73(1.33)	-.557	.568
Autodistração	2.00(1.27)	2.76(1.67)	1.63	.109
Negação	1.65(1.90)	2.52(1.48)	1.78	.081
Expressão de				
sentimentos	2.41(1.18)	2.24(1.41)	-.423	.674
Desinvestimento				
comportamental	.824(1.38)	1.64(1.97)	1.52	.135
Autoculpabilização	2.00(1.50)	2.42(1.71)	.863	.392

* $p < .05$

Através das estatísticas de grupo, é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 19, Tabela 20 e Tabela 21).

Em relação às **habilitações literárias**, após a realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, foi possível constatar que, neste caso, são vários os testes a ser usados.

No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(25) = 0,870$, $p = 0,000$ e $w(16) = 0,358$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao visualizar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 4,59$ e $Ku = 21,75$ e $Sk = 3,65$ e $Ku = 13,72$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Kruskal-Wallis*. No caso das dimensões **Coping Ativo**, **Aceitação**, **Religião**, **Autodistração** e **Autoculpabilização**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(2,47) = 3,39$, $p = 0,042$; $Z(2,47) = 4,95$, $p = 0,011$; $Z(2,47) = 4,35$, $p = 0,019$; $Z(2,47) = 3,44$, $p = 0,040$ e $Z(2,47) =$

3,86, $p= 0,028$], sendo que será utilizado o teste da ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste da ANOVA visto que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Analisando os valores de p das três tabelas abaixo representadas, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Religião** e **Negação**, em função das habilitações literárias das pessoas. Assim, o Teste de Post-Hoc de Tukey revelou que as pessoas com o nível de escolaridade até ao 4º ano utilizam mais vezes as estratégias de *coping* **Religião** que pessoas com habilitações literárias até ao 6º/9ºano e 12º/licenciatura ($p= 0,002$ e $p= 0,000$, respetivamente) e que pessoas com o nível de escolaridade até ao 4º ano usam mais vezes as estratégias de *coping* **Negação** que pessoas com habilitações literárias até ao 12º/licenciatura ($p= 0,005$) (cf. Tabela 22, Tabela 23 e Tabela 24).

Tabela 22

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente às habilitações literárias - teste Kruskal-Willis

	Habilitações literárias			K	P
	Até ao 4º ano (n=25)	6º ano/9ºano (n=9)	12º ano/Licenciatura (n=16)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Uso de substâncias	25.50	23.50	26.63	1.20	.550

* $p < .05$

Tabela 23

Análise das diferenças ao nível das dimensões Coping Ativo, Aceitação, Religião, Autodistração e Autoculpabilização relativamente às habilitações literárias - teste da ANOVA para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Habilitações literárias			Estatística	F	P
	Até ao 4º ano (n=25)	6º ano/9ºano (n=9)	12º ano/Licenciatura (n=16)			
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>			
<i>Coping</i> Ativo	3.36(1.60)	3.11(.928)	3.38(1.75)	.194	2;26.35	.825
Aceitação	7.48(1.12)	8.11(.782)	7.38(1.63)	1.99	2;24.25	.159
Religião	3.44(2.02)	1.00(1.00)	1.13(1.36)	12.57*	2;27.16	.000
Autodistração	2.80(1.85)	2.11(1.05)	2.25(1.34)	.987	2;25.95	.386
Autoculpabilização	2.76(1.94)	1.44(1.24)	2.00(1.03)	2.69	2;23.19	.089

* $p < .05$

Tabela 24

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente às habilitações literárias - ANOVA

	Habilitações literárias			F(2.47)	P
	Até ao 4º ano (n = 25) Média (DP)	6º ano/9º ano (n = 9) Média (DP)	12º ano/Licenciatura (n = 16) Média (DP)		
Planear	3.32(1.46)	2.67(.866)	3.63(1.26)	1.54	.226
Reinterpretação					
positiva	6.68(1.65)	6.22(1.72)	6.94(1.88)	.488	.617
Humor	2.20(1.78)	2.44(1.94)	2.56(1.36)	.238	.789
Utilização do suporte emocional	2.96(1.79)	2.33(1.50)	2.25(1.06)	1.22	.304
Utilização do suporte instrumental	1.64(1.32)	1.56(1.01)	2.19(1.33)	1.10	.341
Negação	2.92(1.75)	1.89(1.17)	1.31(1.30)	5.63*	.006
Expressão de sentimentos	2.48(1.58)	1.89(.928)	2.25(1.06)	.662	.520
Desinvestimento comportamental	1.72(2.03)	.667(.707)	1.19(1.83)	1.23	.301

* $p < .05$

Relativamente ao **estado civil**, após realização dos testes da normalidade e homogeneidade das variâncias, foi possível verificar que são vários os testes a ser utilizados na análise.

No caso da dimensão **Uso de substâncias**, há uma violação severa ao pressuposto da normalidade [$w(36) = 0,158$, $p = 0,000$ e $w(14) = 0,496$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk* e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 6,00$ e $Ku = 36,00$, podemos referir que existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo utilizado o teste *Mann-Whitney*. Nas restantes dimensões do instrumento será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes, uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Tendo em consideração os valores de p das tabelas abaixo representadas, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Uso de substâncias** e **Planear**. Tendo em conta as médias apresentadas, podemos concluir que as pessoas que se encontram solteiras, divorciadas e viúvas utilizam mais vezes este tipo de estratégias de *coping* do que aquelas que se encontram casadas ou em união de facto (cf. Tabela 25 e Tabela 26).

Tabela 25

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao estado civil - teste Mann-Whitney

	Estado civil		U	W	p
	Casado/União de facto (n=36) <i>Ordem Média</i>	Solteiro/Divorciado/Viúvo (n=14) <i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	24.17	28.93	204.0	870.0*	.027

*p < .05

Tabela 26

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao estado civil - teste-t para amostras independentes

	Estado civil		t(48)	P
	Casado/União de facto (n = 36) <i>Média (DP)</i>	Solteiro/Divorciado/Viúvo (n =14) <i>Média (DP)</i>		
<i>Coping</i> ativo	3.25(1.50)	3.50(1.65)	-.514	.609
Planear	3.06(1.19)	3.93(1.49)	-2.16*	.036
Reinterpretação				
positiva	6.53(1.72)	7.07(1.73)	-1.00	.320
Aceitação	7.58(1.20)	7.50(1.45)	.207	.837
Humor	2.36(1.73)	2.36(1.55)	.007	.994
Religião	2.42(1.98)	1.86(2.21)	.869	.389
Utilização do suporte emocional	2.56(1.56)	2.79(1.58)	-.468	.642
Utilização do suporte instrumental	1.64(1.29)	2.21(1.19)	-1.46	.155
Autodistração	2.39(1.59)	2.79(1.58)	-.794	.431
Negação	2.42(1.68)	1.71(1.59)	1.35	.184
Expressão de sentimentos	2.28(1.45)	2.36(1.01)	-.188	.852
Desinvestimento comportamental	1.47(2.01)	1.07(1.21)	.697	.489
Autoculpabilização	2.19(1.64)	2.50(1.70)	-.587	.560

*p < .05

No que diz respeito à **situação profissional**, após a realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, foi possível constatar que, neste caso, são vários os testes a ser usados.

No caso das dimensões **Uso de substâncias** e **Desinvestimento comportamental**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(9)= 0,536, p= 0,000, w(16)= 0,273, p= 0,000, w(18)= 0,253, p= 0,000$ e $w(9)= 0,720, p= 0,006, w(7)= 0,669, p= 0,000, w(16)= 0,829, p= 0,004$ e $w(18)= 0,677, p= 0,001$, respetivamente. Há violação ao pressuposto segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao visualizar os valores de assimetria e curtose destas dimensões, sendo estes $Sk= 4,00$ e $Ku= 16,00, Sk= 4,24$ e $Ku= 18,00$, para o **Uso de substâncias**, e $Sk= 2,46$ e $Ku= 7,29$, para o **Desinvestimento comportamental**, é possível afirmar que existe, também, uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Kruskal-Wallis*. No caso das dimensões **Aceitação** e **Utilização do suporte emocional**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(3,46)= 4,00, p= 0,013$ e $Z(3,46)= 6,64, p= 0,001$, respetivamente], sendo que será usado o teste da ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será usado o teste da ANOVA pois estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo, é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 27, Tabela 28 e Tabela 29).

Tabela 27

Análise das diferenças ao nível das dimensões Uso de substâncias e Desinvestimento comportamental relativamente à situação profissional - teste Kruskal-Willis

	Situação profissional				K	P
	Estudante/Desempregado/ Outra situação (n=9)	Doméstico/a (n=7)	Empregado (n=16)	Reformado/a (n=18)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Uso de substâncias	28.83	23.50	25.13	24.94	2.89	.409
Desinvestimento comportamental	24.50	21.14	23.31	29.64	2.79	.425

* $p < .05$

Tabela 28

Análise das diferenças ao nível das dimensões Aceitação e Utilização do suporte emocional relativamente ao à situação profissional - teste da ANOVA para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Situação profissional				Estatística	F	P
	Estudante/ Desempregado/ Outra situação (n=9) Média (DP)	Doméstico/a (n=7) Média (DP)	Empregado (n=16) Média (DP)	Reformado/a (n=18) Média (DP)			
Aceitação	8.00(1.22)	7.86(1.07)	7.06(1.61)	7.67(.907)	.974	3;18.51	.426
Utilização do suporte Emocional	2.67(.707)	2.14(2.34)	2.69(1.01)	2.72(1.93)	.116	3;18.99	.950

* $p < .05$

Tabela 29

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à situação profissional - ANOVA

	Situação Profissional				F(3,46)	p
	Estudante/Desempregado /Outra situação (n = 9) Média (DP)	Doméstico/a (n = 7) Média (DP)	Empregado (n = 12) Média (DP)	Reformado/a (n = 18) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.33(1.58)	3.29(1.89)	3.50(1.55)	3.17(1.47)	.128	.943
Planear	3.44(1.33)	2.29(1.25)	3.63(1.36)	3.30(1.33)	1.80	.160
Reinterpretação positiva	6.33(2.18)	7.00(1.53)	7.06(1.61)	6.39(1.69)	.624	.603
Humor	2.00(1.94)	2.00(1.73)	2.56(1.09)	2.50(1.98)	.357	.784
Religião	2.33(1.80)	1.71(1.70)	1.44(1.63)	3.17(2.33)	2.42	.078
Utilização do suporte instrumental	1.67(2.33)	.857(1.07)	2.06(1.34)	2.00(1.19)	1.75	.170
Autodistração	2.00(1.22)	1.71(1.38)	2.94(1.73)	2.67(1.61)	1.38	.260
Negação	2.11(1.62)	2.00(1.73)	1.56(1.31)	2.94(1.80)	2.15	.107
Expressão de sentimentos	2.33(1.00)	2.14(1.86)	2.06(1.48)	2.56(1.15)	.412	.745
Autoculpabilização	1.67(1.22)	1.29(1.11)	2.31(1.40)	2.95(1.95)	2.46	.074

* $p < .05$

Relativamente ao **agregado familiar**, após a realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, foi possível constatar que, neste caso, são vários os testes a ser usados.

No caso da dimensão **Uso de substâncias**, há uma violação severa ao pressuposto da normalidade [$w(37) = 0,255$, $p = 0,000$ e $w(11) = 0,345$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk* e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 5,20$ e $Ku = 28,71$ e $Sk = 3,32$ e $Ku = 11,00$, podemos referir que existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensão da **Religião**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,46) = 4,30$, $p = 0,044$], sendo que será usado o teste *t* de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Nas restantes dimensões, será usado o teste *t* de *student* para amostras independentes visto que não violam nenhum dos pressupostos.

Através das estatísticas de grupo, é possível constatar que também não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 30, Tabela 31 e Tabela 32).

Tabela 30

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao agregado familiar - teste Mann-Whitney

	Agregado familiar		U	W	p
	Cônjuge/Companheiro e Filho(s) (n=37) <i>Ordem Média</i>	Filho(s)/Pais e/ou sogros e Outros (n=11) <i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	24.42	24.77	200.5	903.5	.878

* $p < .05$

Tabela 31

Análise das diferenças ao nível da dimensão Religião relativamente ao agregado familiar - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Agregado familiar		t(13.38)	P
	Cônjuge/Companheiro e Filho(s) (n=37) <i>Média (DP)</i>	Filho(s)/Pais e/ou sogros e Outros (n=11) <i>Média (DP)</i>		
Religião	2.22(1.90)	2.09(2.59)	.149	.884

* $p < .05$

Tabela 32

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao agregado familiar - teste-t de student para amostras independentes

	Agregado familiar		t(46)	P
	Cônjuge/ Companheiro e Filho(s) (n = 37) Média (DP)	Filho(s)/Pais e/ou sogros e Outros (n =11) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.24(1.50)	3.45(1.57)	-.406	.686
Planear	3.14(1.27)	3.82(1.40)	-1.53	.133
Reinterpretação positiva	6.59(1.82)	7.00(1.55)	-.670	.506
Aceitação	7.57(1.24)	7.45(1.51)	.253	.801
Humor	2.46(1.68)	2.18(1.66)	.483	.631
Utilização do suporte emocional	2.57(1.42)	2.55(2.12)	.041	.968
Utilização do suporte instrumental	1.65(1.32)	1.27(1.19)	-1.41	.166
Autodistração	2.32(1.56)	2.82(1.40)	-.940	.352
Negação	2.30(1.65)	1.91(1.92)	.661	.512
Expressão de sentimentos	2.30(1.43)	2.45(.820)	-.346	.731
Desinvestimento comportamental	1.46(1.98)	1.09(1.30)	.579	.565
Autoculpabilização	2.19(1.61)	2.45(1.92)	-.459	.648

* $p < .05$

No que diz respeito à influência da **idade** nas 14 dimensões do *Brief-COPE*, ou seja, em relação às 14 estratégias de *coping*, de forma a se proceder a avaliação da associação entre as estratégias de *coping* e a idade, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* para as dimensões que cumprem os pressupostos da normalidade e à correlação de *Spearman* para as dimensões que não cumprem os mesmos pressupostos. Conclui-se que a idade se correlaciona positivamente com as dimensões **Religião** e **Negação**, $r = 0,557$, $p = 0,000$ e $r = 0,372$, $p = 0,008$. Segundo Cohen (1998), e tendo por base os valores referidos, a magnitude dos coeficientes obtidos revelam uma associação forte entre a idade e estas dimensões. De acordo com este autor e Martins (2011), podemos referir que os valores do coeficiente de correlação podem variar entre -1 e 1, e neste caso específico, como podemos ver na tabela acima representada, estamos perante valores de coeficientes positivos. Isto leva-nos a afirmar que estamos perante uma associação positiva, o que sugere que há medida que os valores de uma variável aumentam, os da variável oposta aumentam também (cf. Tabela 33 e Tabela 34).

Tabela 33

Coefficiente de Correlação de Pearson entre a idade e as dimensões do Brief-COPE

Idade		
	R	p
<i>Coping</i> ativo	-.147	.309
Planejar	-.119	.410
Reinterpretação positiva	-.170	.238
Aceitação	-.132	.361
Humor	-.052	.719
Religião	.547**	.000
Utilização do suporte emocional	.082	.572
Utilização do suporte instrumental	-.077	.596
Autodistração	.067	.646
Negação	.372**	.008
Expressão de sentimentos	.147	.310
Desinvestimento comportamental	.170	.239
Autoculpabilização	.240	.093

** .A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

Tabela 34

Coefficiente de Correlação de Spearman entre a idade e a dimensão Uso de Substâncias

Idade		
	r_s	p
Uso de substâncias	-.084	.561

* $p < .05$

3.3.4. *Coping* e características clínicas

A seguir, irão ser apresentados os resultados obtidos sobre a influência das variáveis clínicas estudadas nas estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes deste estudo.

Relativamente ao **tempo de diagnóstico**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, chegou-se à conclusão que são vários os testes a ser utilizados. No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(35) = 0,330$, $p = 0,000$] (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 3,65$ e $Ku = 12,67$, existe uma violação severa ao mesmo

(Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensão **Autoculpabilização** ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 4,19, p = 0,046$], sendo que será utilizado o teste de t de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível observar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 35, Tabela 36 e Tabela 37).

Tabela 35

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste Mann-Whitney

	Tempo de diagnóstico		U	W	p
	1-16 anos (n=35) <i>Ordem Média</i>	>16 anos (n=15) <i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	26.36	23.50	232.5	352.5	.177

* $p < .05$

Tabela 36

Análise das diferenças ao nível da dimensão Autoculpabilização relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Tempo de diagnóstico		t(20.44)	p
	1-16 anos (n=35) <i>Média (DP)</i>	>16 anos (n=15) <i>Média (DP)</i>		
Autoculpabilização	2.11(1.45)	2.67(2.02)	-.957	.350

* $p < .05$

Tabela 37

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao tempo de diagnóstico da asma - teste-t de student

	Tempo de diagnóstico		t(48)	p
	1-16 anos (n=35) Média (DP)	>16 anos (n=15) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.43(1.40)	3.07(1.83)	.763	.449
Planear	3.23(1.42)	3.47(1.13)	-.577	.567
Reinterpretação				
positiva	6.83(1.69)	6.33(1.80)	.932	.356
Aceitação	7.54(1.31)	7.60(1.18)	-.145	.885
Humor	2.40(1.59)	2.27(1.87)	.257	.798
Religião	1.97(1.92)	2.93(2.22)	-1.55	.128
Utilização do				
suporte emocional	2.63(1.63)	2.60(1.40)	.059	.953
Utilização do				
suporte				
instrumental	1.69(1.23)	2.07(1.23)	-.965	.339
Autodistração	2.31(1.47)	2.93(1.79)	-1.28	.208
Negação	2.09(1.60)	2.53(1.85)	-.867	.390
Expressão de				
sentimentos	2.26(1.38)	2.40(1.24)	-.345	.731
Desinvestimento				
comportamental	1.31(1.69)	1.47(2.13)	-.269	.789

* $p < .05$

Relativamente ao **tempo de seguimento**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, chegou-se à conclusão que são vários os testes a ser utilizados. No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(36) = 0,287$, $p = 0,000$ e $w(14) = 0,297$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 3,87$ e $Ku = 14,12$ e $Sk = 3,74$ e $Ku = 14,00$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensão **Autodistração** ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 7,71$, $p = 0,008$], sendo que será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível observar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Coping ativo** e **Humor**. Deste modo, analisando os valores das médias pode-se concluir que as pessoas que são seguidas em consulta há mais de 11 anos utilizam mais vezes estas estratégias (cf. Tabela 38, Tabela 39 e Tabela 40).

Tabela 38

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao tempo de seguimento em consulta da asma - teste Mann-Whitney

	Tempo de seguimento		U	W	p
	1-11 anos (n=36) <i>Ordem Média</i>	>11 anos (n=14) <i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	25.61	25.21	248.0	353.0	.854

*p < .05

Tabela 39

Análise das diferenças ao nível da dimensão Autodistração relativamente ao tempo de seguimento em consulta da asma - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Tempo de seguimento		t(16.46)	p
	1-11 anos (n=36) <i>Média (DP)</i>	>11 anos (n=14) <i>Média (DP)</i>		
Autodistração	2.33(1.29)	2.93(2.20)	-.953	.354

*p < .05

Tabela 40

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao tempo de seguimento em consulta da asma- teste-t de student

	Tempo de seguimento		t(48)	p
	1-11 anos (n=36) Média (DP)	>11 anos (n=14) Média (DP)		
Coping ativo	3.00(1.39)	4.12(1.61)	-2.49*	.016
Planear	3.17(1.34)	3.64(1.28)	-1.14	.259
Reinterpretação				
positiva	6.39(1.61)	7.43(1.83)	-1.98	.054
Aceitação	7.44(1.13)	7.86(1.56)	-1.04	.305
Humor	2.06(1.62)	3.14(1.56)	-2.15*	.037
Religião	2.61(2.05)	1.36(1.78)	2.01	.050
Utilização do				
suporte emocional	2.61(1.71)	2.64(1.08)	-.064	.949
Utilização do				
suporte				
instrumental	1.81(1.37)	1.79(1.05)	.049	.961
Negação	2.44(1.66)	1.64(1.60)	1.55	.129
Expressão de				
sentimentos	2.47(1.32)	1.87(1.29)	1.49	.143
Desinvestimento				
comportamental	1.47(1.70)	1.07(2.13)	.697	.489
Autoculpabilização	2.31(1.70)	2.21(1.53)	.175	.862

* $p < .05$

No que diz respeito à **existência de outro problema crónico (físico ou mental)**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, chegou-se à conclusão que são vários os testes a ser utilizados. No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(22) = 0,293$, $p = 0,000$ e $w(28) = 0,251$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 4,30$ e $Ku = 19,08$ e $Sk = 4,87$ e $Ku = 24,42$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Religião** e **Negação**. Deste modo, analisando os valores das médias pode-se concluir que pessoas que apresentam outra condição crónica, para além da

asma, utilizam mais vezes estas estratégias de *coping* do que pessoas que apenas estão diagnosticadas com asma (cf. Tabela 41 e Tabela 42).

Tabela 41

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente à existência de outro problema de saúde crónico - teste Mann-Whitney

	Existência de outro problema de saúde crónico				
	Não	Sim	U	W	p
	(n=28)	(n=22)			
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	25.29	25.77	302.0	708.0	.803

* $p < .05$

Tabela 42

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à existência de outro problema de saúde crónico - teste-t de student

	Existência de outro problema de saúde crónico			
	Não	Sim	t(48)	p
	(n=28)	(n=22)		
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>		
<i>Coping</i> ativo	3.60(1.40)	2.95(1.65)	1.52	.136
Planejar	3.43(1.26)	3.17(1.42)	.769	.446
Reinterpretação				
positiva	7.00(1.88)	6.27(1.42)	1.50	.139
Aceitação	7.75(1.27)	7.32(1.25)	1.20	.234
Humor	2.75(1.80)	1.86(1.36)	1.92	.061
Religião	1.64(1.81)	3.05(2.08)	-2.55*	.014
Utilização do				
suporte emocional	2.46(1.31)	2.82(1.82)	-.798	.429
Utilização do				
suporte				
instrumental	1.93(1.25)	1.64(1.33)	.800	.428
Autodistração	2.54(1.69)	2.45(1.47)	.178	.859
Negação	1.64(1.45)	2.95(1.68)	-2.97*	.005
Expressão de				
sentimentos	2.11(1.26)	2.55(1.41)	-1.16	.251
Desinvestimento				
comportamental	1.07(1.68)	1.73(1.96)	-1.28	.208
Autoculpabilização	2.07(1.51)	2.55(1.79)	-1.01	.316

* $p < .05$

No que concerne ao **acompanhamento psicológico/psiquiátrico**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, chegou-se à conclusão que são vários os testes a ser utilizados. No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(10)= 0,366$, $p= 0,000$ e $w(40)= 0,243$, $p= 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk= 3,16$ e $Ku= 10,00$ e $Sk= 5,41$ e $Ku= 31,10$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensão **Autoculpabilização** ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48)= 9,29$, $p= 0,004$], sendo que será utilizado o teste de t de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Autoculpabilização**, **Religião** e **Negação**. Deste modo, analisando os valores das médias pode-se concluir que pessoas que têm acompanhamento psicológico/psiquiátrico utilizam mais vezes este tipo de estratégias do que aquelas que não têm qualquer tipo de acompanhamento (cf. Tabela 43, Tabela 44 e Tabela 45).

Tabela 43

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico - teste Mann-Whitney

	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico				
	Não	Sim	U	W	P
	(n=40)	(n=10)			
	Ordem Média	Ordem Média			
Uso de substâncias	25.35	26.10	194.0	1014.0	.757

* $p < .05$

Tabela 44

Análise das diferenças ao nível da dimensão Autoculpabilização relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico- teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico			
	Não	Sim	t(10.59)	p
	(n=40)	(n=10)		
	Média (DP)	Média (DP)		
Autoculpabilização	1.90(1.26)	3.80(2.15)	2.68*	.022

* $p < .05$

Tabela 45

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico - teste-t de student

	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico			
	Não	Sim	t(48)	p
	(n=40)	(n=10)		
	Média (DP)	Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.45(1.48)	2.80(1.69)	-1.21	.234
Planear	3.25(1.26)	3.50(1.65)	-.528	.600
Reinterpretação				
positiva	6.85(1.79)	6.00(1.25)	1.41	.164
Aceitação	7.73(1.15)	6.90(1.52)	1.89	.064
Humor	2.48(1.75)	1.90(1.20)	.977	.333
Religião	1.83(1.69)	4.00(2.50)	-3.31*	.002
Utilização do				
suporte emocional	2.70(1.45)	2.30(1.95)	.726	.471
Utilização do				
suporte				
instrumental	1.85(1.29)	1.60(1.26)	.549	.585
Autodistração	2.38(1.58)	3.00(1.56)	-1.12	.268
Negação	1.98(1.69)	3.20(1.23)	-2.15*	.037
Expressão de				
sentimentos	2.18(1.34)	2.80(1.23)	-1.34	.186
Desinvestimento				
comportamental	1.15(1.70)	2.20(2.10)	-1.67	.102

* $p < .05$

Relativamente ao **diagnóstico de asma em familiares**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, chegou-se à conclusão que são vários os testes a ser utilizados. No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(32) = 0,349$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 3,46$ e $Ku = 11,31$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensão **Expressão de sentimentos**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 6,56$, $p = 0,014$], sendo que será utilizado o teste de t de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas para a dimensão **Negação**. Deste modo, analisando os valores das médias pode-se concluir que pessoas que têm familiares com asma utilizam mais vezes este tipo de estratégia do que aquelas pessoas que não têm familiares diagnosticados com a mesma doença crónica (cf. Tabela 46, Tabela 47 e Tabela 48).

Tabela 46

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste Mann-Whitney

	Diagnóstico de asma em familiares		U	W	p
	Não (n=18) <i>Ordem Média</i>	Sim (n=32) <i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	23.50	26.63	252.0	423.0	.122

* $p < .05$

Tabela 47

Análise das diferenças ao nível da dimensão Expressão de sentimentos relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Diagnóstico de asma em familiares		t(46.74)	p
	Não (n=18) <i>Média (DP)</i>	Sim (n=32) <i>Média (DP)</i>		
Expressão de sentimentos	2.00(.970)	2.47(1.48)	-1.35	.184

* $p < .05$

Tabela 48

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao diagnóstico de asma em familiares - teste-t de student

	Diagnóstico de asma em familiares		t(48)	p
	Não	Sim		
	(n=18) Média (DP)	(n=32) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.61(1.75)	3.16(1.39)	1.01	.318
Planear	3.39(1.20)	3.25(1.41)	.352	.727
Reinterpretação				
positiva	7.22(1.66)	6.38(1.70)	1.71	.095
Aceitação	7.78(1.26)	7.44(1.27)	.912	.366
Humor	2.33(1.46)	2.38(1.79)	-.084	.933
Religião	1.61(1.72)	2.63(2.14)	-1.72	.092
Utilização do				
suporte emocional	2.50(1.34)	2.69(1.67)	-.407	.686
Utilização do				
suporte				
instrumental	1.72(1.07)	1.84(1.39)	-.320	.750
Autodistração	2.11(1.75)	2.72(1.46)	-1.31	.195
Negação	1.39(1.29)	2.69(1.69)	-2.82*	.007
Desinvestimento				
comportamental	1.22(2.24)	1.44(1.56)	-.399	.692
Autoculpabilização	1.78(1.21)	2.56(1.79)	-1.65	.105

*p < .05

No que diz respeito ao **tipo de medicação**, foram realizados, também, os testes da normalidade e da homogeneidade das variâncias.

No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(20) = 0,312$, $p = 0,000$ e $w(11) = 0,449$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 4,10$ e $Ku = 17,29$ e $Sk = 3,00$ e $Ku = 9,23$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Kruskal-Wallis*. No caso da dimensão **Expressão de sentimentos**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(2,45) = 3,38$, $p = 0,043$], sendo que será utilizado o teste da ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t da ANOVA uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias. Através das estatísticas de grupo é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Religião** e **Negação**. Deste modo, ao analisar os valores das médias pode-se constatar que as pessoas que utilizam como medicação a bomba e o inalador utilizam mais vezes as estratégias de *coping* de Religião do que os restantes grupos, sendo que as pessoas que utilizam como medicação a

bomba usam mais vezes as estratégias de *coping* de Negação do que os restantes grupos (cf. Tabela 49, Tabela 50 e Tabela 51).

Tabela 49

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente ao tipo de medicação - teste Kruskal-Wallis

	Tipo de medicação			K	p
	Bomba (n=20) <i>Ordem Média</i>	Bomba e comprimidos (n=17) <i>Ordem Média</i>	Bomba e inalador (n=11) <i>Ordem Média</i>		
Uso de substâncias	24.90	22.50	26.86	2.95	.229

*p < .05

Tabela 50

Análise das diferenças ao nível da dimensão Expressão de sentimentos relativamente ao tipo de medicação - teste da ANOVA com correção de Welch aos graus de liberdade

	Tipo de medicação			F(2;28.93)	p
	Bomba (n=20) <i>Média (DP)</i>	Bomba e comprimidos (n=17) <i>Média (DP)</i>	Bomba e inalador (n=11) <i>Média (DP)</i>		
Expressão de sentimentos	2.65(1.63)	2.24(1.15)	1.73(.905)	2.13	.137

*p < .05

Tabela 51

Análise das diferenças ao nível das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao tipo de medicação - teste da ANOVA

	Tipo de medicação			F(2.45)	p
	Bomba (n=20) Média (DP)	Bomba e comprimidos (n=17) Média (DP)	Bomba e inalador (n=11) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.30(1.53)	3.29(1.69)	3.27(1.49)	.001	.999
Planear	3.45(1.32)	3.00(1.32)	3.18(1.25)	.556	.577
Reinterpretação					
positiva	6.40(1.54)	6.88(1.80)	6.73(2.00)	.367	.695
Aceitação	7.15(1.35)	7.82(.951)	7.64(1.36)	1.48	.239
Humor	2.40(1.67)	1.94(1.82)	2.73(1.49)	.772	.468
Religião	2.31(1.68)	2.25(2.02)	3.24(2.11)	4.20*	.021
Utilização do					
suporte emocional	2.90(1.65)	2.65(1.54)	2.27(1.35)	.585	.562
Utilização do					
suporte					
instrumental	1.45(1.36)	2.18(1.19)	1.82(1.33)	1.46	.244
Autodistração	2.45(1.61)	2.94(1.85)	2.00(1.00)	1.20	.310
Negação	2.70(1.72)	2.59(1.50)	1.00(1.26)	4.81*	.013
Desinvestimento					
comportamental	1.75(2.05)	1.24(1.79)	1.00(1.55)	.679	.512
Autoculpabilização	2.55(1.82)	2.47(1.70)	2.31(1.67)	1.20	.312

* $p < .05$

Quanto à **necessidade de recorrer ao serviço de urgência**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, chegou-se à conclusão que são vários os testes a ser utilizados. No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(28) = 0,706$, $p = 0,000$ e $w(22) = 0,793$, $p = 0,000$, (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 5,29$ e $Ku = 28,00$ e $Sk = 2,91$ e $Ku = 7,36$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensão **Planear**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 5,06$, $p = 0,029$], sendo que será utilizado o teste de t de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível constatar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 52, Tabela 53 e Tabela 54).

Tabela 52

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência - teste Mann-Whitney

	Serviço de urgência		U	W	p
	Não (n=22) <i>Ordem Média</i>	Sim (n=28) <i>Ordem Média</i>			
Uso de substâncias	26.95	24.36	276.0	682.0	.184

* $p < .05$

Tabela 53

Análise das diferenças ao nível da dimensão Planear relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Serviço de urgência		t(34.04)	p
	Não (n=22) <i>Média (DP)</i>	Sim (n=28) <i>Média (DP)</i>		
Planear	3.50(1.63)	3.14(1.04)	-.896	.377

* $p < .05$

Tabela 54

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à necessidade de recorrer ao serviço de urgência - teste-t de student

	Serviço de urgência		t(48)	p
	Não (n=22) Média (DP)	Sim (n=28) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.27(1.39)	3.36(1.66)	.192	.849
Reinterpretação				
positiva	6.91(1.69)	6.50(1.75)	-.832	.409
Aceitação	7.50(1.37)	7.60(1.20)	-.295	.770
Humor	2.64(1.59)	2.14(1.72)	1.04	.302
Religião	2.50(2.02)	2.07(2.07)	.734	.466
Utilização do				
suporte emocional	2.64(1.76)	2.61(1.40)	.065	.948
Utilização do				
suporte				
instrumental	1.82(1.30)	1.79(1.29)	.088	.930
Autodistração	2.32(1.46)	2.64(1.68)	-.730	.477
Negação	2.05(1.65)	2.36(1.70)	-.654	.518
Expressão de				
sentimentos	2.55(1.37)	2.11(1.29)	1.16	.251
Desinvestimento				
comportamental	1.50(1.82)	1.25(1.84)	.480	.634
Autoculpabilização	2.23(1.60)	2.32(1.70)	-.199	.843

*p < .05

No que concerne ao **internamento devido à asma**, após realização dos testes da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, chegou-se à conclusão que são vários os testes a ser utilizados. No caso da dimensões **Aceitação**, **Uso de substâncias** e **Desinvestimento comportamental**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(14) = 0,297$, $p = 0,000$; $w(14) = 0,297$, $p = 0,000$ e $w(36) = 0,260$, $p = 0,000$; $w(14) = 0,553$, $p = 0,000$ e $w(36) = 0,796$, $p = 0,000$, respetivamente (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 3,74$ e $Ku = 14,00$; $Sk = 3,74$ e $Ku = 14,00$ e $Sk = 5,12$ e $Ku = 27,91$; $Sk(14) = 2,70$ e $Ku(14) = 7,85$, respetivamente, existindo uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Mann-Whitney*. No caso da dimensões **Utilização do suporte instrumental** e **Negação**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da homogeneidade das variâncias [$Z(1,48) = 4,42$, $p = 0,041$ e $Z(1,48) = 8,87$, $p = 0,005$], sendo que será utilizado o teste de t de *student* para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade. Para as restantes dimensões será utilizado o teste t de *student* para

amostras independentes uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível constatar que, neste caso, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 55, Tabela 56 e Tabela 57).

Tabela 55

Análise das diferenças ao nível das dimensões Aceitação, Uso de substâncias e Desinvestimento comportamental relativamente ao internamento devido à asma - teste Mann-Whitney

	Internamento		U	W	p
	Não	Sim			
	(n=36) <i>Ordem Média</i>	(n=14) <i>Ordem Média</i>			
Aceitação	23.21	31.39	169.5	835.5	.056
Uso de substâncias	25.56	25.36	250.0	355.0	.927
Desinvestimento comportamental	27.82	19.54	168.5	273.0	.056

* $p < .05$

Tabela 56

Análise das diferenças ao nível das dimensões Utilização do suporte instrumental e Negação relativamente ao internamento devido à asma - teste-t de student para amostras independentes com correção de Welch aos graus de liberdade

	Internamento		Estatística	t	P
	Não	Sim			
	(n=36) <i>Média (DP)</i>	(n=14) <i>Média (DP)</i>			
Utilização do suporte instrumental	1.75(1.16)	1.93(1.59)	18.59	.382	.706
Negação	2.08(1.42)	2.57(2.21)	17.36	.767	.453

* $p < .05$

Tabela 57

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente ao internamento devido à asma - teste-t de student

	Internamento		t(48)	p
	Não (n=36) Média (DP)	Sim (n=14) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	3.22(1.49)	3.57(1.65)	-.721	.475
Planear	3.31(1.24)	3.29(1.59)	.047	.963
Reinterpretação				
positiva	6.67(1.64)	6.71(1.98)	-.087	.931
Humor	2.44(1.58)	2.14(1.92)	.572	.570
Religião	2.06(1.91)	2.79(2.33)	-1.14	.260
Utilização do				
suporte emocional	2.56(1.42)	2.79(1.89)	-.468	.642
Autodistração	2.56(1.56)	2.36(1.69)	.395	.695
Expressão de				
sentimentos	2.25(1.36)	2.43(1.28)	-.423	.674
Autoculpabilização	2.08(1.52)	2.79(1.89)	-1.37	.177

* $p < .05$

Relativamente à última variável clínica, a **reação ao diagnóstico**, após a realização dos testes da normalidade e da homogeneidade das variâncias, foi verificada que será necessária a utilização de diferentes testes. No caso da dimensão **Uso de substâncias**, ocorre uma violação severa ao pressuposto da normalidade, [$w(30) = 0,293$, $p = 0,000$ (há violação do pressuposto da normalidade segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, e ao inspecionar os valores da assimetria e curtose, sendo estes $Sk = 4,67$ e $Ku = 23,13$, existe uma violação severa ao mesmo (Kline, 2004)], sendo que será utilizado o teste *Kruskal-Wallis*. Para as restantes dimensões será utilizado o teste da ANOVA uma vez que estas não violam os pressupostos da normalidade nem os da homogeneidade das variâncias.

Através das estatísticas de grupo é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 58 e Tabela 59).

Tabela 58

Análise das diferenças ao nível da dimensão Uso de substâncias relativamente à reação ao diagnóstico - teste Kruskal-Wallis

	Reação ao diagnóstico			K	p
	Aceitação (n=30) <i>Ordem Média</i>	Medo/Preocupação (n=15) <i>Ordem Média</i>	Tristeza/Surpresa/Choque (n=5) <i>Ordem Média</i>		
Uso de substâncias	25.97	23.50	28.70	2.50	.286

*p < .05

Tabela 59

Análise das diferenças das restantes dimensões do Brief-COPE relativamente à reação ao diagnóstico - teste da ANOVA

	Reação ao diagnóstico			F(2,47)	p
	Aceitação (n=30) <i>Média (DP)</i>	Medo/Preocupação (n=15) <i>Média (DP)</i>	Tristeza/Surpresa/Choque (n=5) <i>Média (DP)</i>		
<i>Coping</i> ativo	3.17(1.49)	4.67(1.55)	3.80(1.92)	.455	.637
Planear	3.47(1.28)	2.80(1.21)	3.80(1.79)	1.70	.194
Reinterpretação					
positiva	6.80(1.90)	6.53(1.46)	6.40(1.52)	.187	.830
Aceitação	7.70(1.37)	7.27(1.16)	7.60(.894)	.580	.564
Humor	2.70(1.56)	2.00(1.89)	1.40(1.14)	1.88	.164
Religião	2.00(1.93)	2.13(1.88)	4.20(2.49)	2.72	.077
Utilização do					
suporte emocional	2.50(1.55)	2.67(1.59)	3.20(1.64)	.436	.649
Utilização do					
suporte					
instrumental	1.67(1.35)	1.73(1.10)	2.80(1.10)	1.77	.182
Autodistração	2.50(1.28)	2.60(1.88)	2.20(1.64)	.116	.891
Negação	1.93(1.80)	2.60(1.24)	2.80(1.92)	1.14	.329
Expressão de					
sentimentos	2.40(1.48)	1.87(.990)	3.00(1.00)	1.62	.209
Desinvestimento					
comportamental	1.63(2.01)	1.07(1.58)	.600(.894)	.973	.386
Autoculpabilização	2.13(1.66)	2.33(1.50)	2.28(1.64)	.598	.554

*p < .05

3.3.5. Qualidade de vida e estratégias de *coping*

De forma a avaliar a existência de algum tipo de associação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping*, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* para as variáveis que cumpriram os pressupostos da normalidade e a correlação de *Spearman* para as variáveis que não cumpriram os mesmos pressupostos, entre esta variável e cada um dos fatores presentes no *Brief-COPE*.

Relativamente ao primeiro item, que se debruça sob a estratégia de ***coping* ativo**, constatou-se que a qualidade de vida está positivamente relacionada com a utilização deste tipo de estratégia, $r = 0,554$, $p = 0,000$. Na mesma linha, as estratégias de *coping* de **Reinterpretação positiva** e **Aceitação** também apresentam uma correlação significativa positiva com a qualidade de vida percebida, $r = 0,767$, $p = 0,000$ e $r = 0,604$, $p = 0,000$, respetivamente. Resultados opostos foram revelados para a estratégias de *coping* de **Religião**, **Negação**, **Desinvestimento comportamental** e **Autoculpabilização**, que estão negativamente relacionadas com a qualidade de vida, $r_s = -0,291$, $p = 0,40$, $r = -0,581$, $p = 0,000$, $r = -0,413$, $p = 0,003$ e $r = -0,396$, $p = 0,004$, respetivamente. No que diz respeito aos restantes domínios, não se evidenciaram correlações estatisticamente significativas (cf. Tabela 60 e Tabela 61).

Tabela 60

Coefficiente de Correlação de Pearson entre o WHOQOL-bref e as dimensões do Brief-COPE

	WHOQOL-bref	
	R	p
<i>Coping</i> ativo	.554**	.000
Planear	.064	.656
Reinterpretação positiva	.767**	.000
Aceitação	.604**	.000
Utilização do suporte instrumental	.216	.132
Negação	-.581**	.000
Expressão de sentimentos	-.179	.212
Desinvestimento comportamental	-.413**	.003
Autoculpabilização	-.396**	.004

** . a correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

Tabela 61

Coeficiente de Correlação de Spearman entre o WHOQOL-bref e as dimensões do Brief-COPE

	WHOQOL-bref	
	r_s	p
Humor	-.140	.129
Religião	-.291*	.040
Utilização do suporte emocional	.051	.723
Autodistração	-.268	.060
Uso de substâncias	-.140	.332

*. a correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades)

3.4. Síntese dos principais resultados

Em jeito de síntese, podemos destacar os seguintes resultados:

- Quanto às características **sociodemográficas** e a variável **qualidade de vida**, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à **idade**. Ao se realizar uma correlação de *Pearson*, de forma a avaliar a associação entre as duas, foi possível constatar que estamos perante uma **correlação negativa**, o que significa que à medida que os valores de uma variável aumentam, os da variável contrária diminuem, sendo caso para referir que à medida que a idade aumenta, pior é a percepção da qualidade de vida.
- No que concerne às características **clínicas** e a variável **qualidade de vida**, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao **tempo de seguimento**, **existência de outro problema de saúde crónico**, **acompanhamento psicológico/psiquiátrico** e **diagnóstico de asma em familiares**.
- Em relação às características **sociodemográficas** e a variável ***coping***, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para:
 - As **habilitações literárias**, para as dimensões **Religião** e **Negação**;
 - O **estado civil**, para as dimensões **Uso de substâncias** e **Planear**;
 - A **idade**, ao ser realizada a correlação de *Pearson* e de *Spearman*, para as dimensões **Religião** e **Negação**. Neste caso estamos perante **coeficientes positivos**, o que nos leva a afirmar que há medida que os valores de uma variável aumentam, os da variável oposta também aumentam, sendo possível referir que à medida de a idade aumenta, aumenta também a utilização destas estratégias de *coping*.
- No que diz respeito às características **clínicas** e a variável ***coping***, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para:
 - O **tempo de seguimento**, para as dimensões ***Coping* ativo** e **Humor**;

- O diagnóstico de outros problemas de saúde crónicos, para as dimensões **Religião** e **Negação**;
 - O acompanhamento psicológico/psiquiátrico, para as dimensões **Autoculpabilização**, **Religião** e **Negação**;
 - O diagnóstico de asma em familiares, para a dimensão **Negação**;
 - O tipo de medicação, para as dimensões **Religião** e **Negação**;
- Finalmente, relativamente à avaliação da existência de algum tipo de associação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping*, foram realizadas correlações de *Pearson* e de *Spearman*, sendo possível verificarem-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões *Coping* ativo, Reinterpretação positiva e Aceitação, em que se verifica uma correlação positiva, e para as dimensões **Religião**, **Negação**, **Desinvestimento comportamental** e **Autoculpabilização**, em que se verifica uma correlação negativa.

Capítulo 4: Discussão

4.1. Discussão dos resultados

O presente estudo teve, como objetivo geral, avaliar a **qualidade de vida** e as **estratégias de coping** numa amostra de pessoas adultas diagnosticadas com asma, em seguimento nas consultas de pneumologia do CHCB. De forma a compreender possíveis características sociodemográficas e clínicas associadas a estas duas variáveis, ao longo deste capítulo procedeu-se à análise mais detalhada dos resultados obtidos nesta investigação.

Após análise e descrição dos resultados obtidos neste estudo, revela-se importante fazer uma abordagem mais detalhada dos mesmos, tendo por base as pesquisas efetuadas na área e as evidências encontradas na literatura. É necessário salientar que muitos dos resultados obtidos podem ter sido influenciados pelas especificidades da presente amostra, nomeadamente pelo facto de se tratar de uma amostra muito homogénea, já que a maioria dos doentes é do sexo feminino (66%), com uma média de idades de 56 anos. O nível de escolaridade da amostra é relativamente baixo, sendo que mais de metade das pessoas têm o 4º (50%) e o 6º ano de escolaridade (14%) e reside num meio urbano pequeno (até cerca de 50 000 habitantes). A maioria dos participantes é casado (66%), têm filhos (76%) e não vivem sozinhos (96%).

A maioria da amostra (70%) foi diagnosticada com asma num intervalo de 1-16 anos, sendo que está a ser acompanhada em consulta de asma num período entre 1 a 11 anos (72%). A maioria dos participantes (56%) não tem diagnóstico de outro problema crónico, mas menciona que tem familiares com asma (64%). É também importante referir que a maioria dos inquiridos relata que aceitaram o seu diagnóstico (60%) e que estão satisfeitos com a informação que têm sobre a sua doença e tratamento (56%). De forma semelhante, dos 50 sujeitos que responderam a este questionário, metade (50%) refere estar também satisfeito com a qualidade dos serviços prestados pela instituição que frequenta.

A literatura, no seu geral, sugere que a asma tem um impacto negativo na **qualidade de vida** das pessoas, ou seja, que pessoas com asma têm pior qualidade de vida ou qualidade de vida mais baixa quando comparadas com pessoas sem esta doença (Adams et al., 2001; Cui, Zack & Zahran, 2015; Ford et al., 2003; Ford et al., 2004), o que vai de acordo com os resultados globais obtidos neste estudo.

No que concerne à avaliação das diferenças observadas na qualidade de vida perante as características **sociodemográficas** da amostra, foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis, à exceção da idade. No que diz respeito ao **género**, estes resultados não são congruentes com a maioria da literatura, que refere que as mulheres tendem a avaliar mais negativamente a sua qualidade de vida,

comparativamente aos homens (Böhmer et al., 2016; Ferreira, Brito & Ferreira, 2010; Ferreira, Silveira & Marques, 2008; Hazell, Frank & Frank, 2003; Lobo, 2006; Sousa et al., 2013; Sundberg, Palmqvist, Tunsäter & Torén, 2009). Alguns autores têm especulado sobre estes resultados, sendo várias as hipóteses formuladas em torno desta questão. Uma possível explicação recai sobre os homens reportarem um grau menor de limitações provocadas pela asma e maior controlo da doença (Ferreira, Brito & Ferreira, 2010) e outra justificação alternativa está relacionada com o facto de as mulheres atribuírem maior importância aos problemas relacionados com a asma e esta lhes provocar uma sensação de falta de controlo sobre a própria vida, afetando a forma como se sentem em relação a si mesmas (Juniper et al., 1992; Zillmer et al., 2014). O facto desta amostra ser constituída maioritariamente por mulheres (66%) poderá ser uma razão para os resultados obtidos.

Relativamente à **idade**, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida percebida. Este resultado revela-se concordante com a generalidade da literatura, dado que refere que a qualidade de vida diminui à medida que a idade das pessoas aumenta (Ferreira, Brito & Ferreira, 2010; Ferreira, Silveira & Marques, 2008; Hazell, Frank & Frank, 2003; Hyland, Finnis & Irvine, 1991; Kaptein et al., 1993; Lobo, 2006; Malo et al., 1993; Matos & Machado, 2007). Num estudo realizado por Gonzalez-Barcala e colaboradores (2012), foi possível confirmar que a idade mais avançada tem influência na qualidade de vida dos doentes com asma. Alguns factos associados ao envelhecimento podem explicar estes resultados, tais como as mudanças ao nível da função pulmonar (aumento da hiper-responsividade das vias aéreas, maior prevalência de obstrução irreversível das vias aéreas, redução da complacência da parede torácica, diminuição da pressão elástica estática do pulmão, redução da força muscular respiratória, bem como alterações na configuração torácica que dificultam os movimentos respiratórios) e ao nível do sistema imunitário/imunológico, que fica mais suscetível a infeções (Gonzalez-Barcala, de la Fuente-Cid, Tafalla, Nuevo & Caamaño-Isorna, 2012). Estes resultados podem advir, também, do facto dos jovens apresentarem menos limitações e maior controlo da sua doença, quando comparados com uma população mais velha. Para além do referido, importa salientar que nesta amostra, tanto faixas etárias mais baixas como mais altas estiveram bem representadas, com um número de sujeitos semelhantes em cada grupo.

No que diz respeito à avaliação das **habilitações literárias**, os resultados obtidos demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas, o que não está de acordo com grande parte da literatura, que refere que existem diferenças entre os indivíduos ao nível da escolaridade. Os estudos sugerem que as pessoas com habilitações literárias mais elevadas apresentam um grau de limitações provocadas pela asma mais baixo e um maior controlo da doença, e conseqüentemente, uma melhor percepção da qualidade de vida (Haas et al., 1994; Leidy e Coughlin, 1998; Matos e Machado, 2007; Ferreira, Brito e Ferreira, 2008). Também ao nível do **agregado familiar** e **situação profissional** não foram encontradas

diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida. Contudo, alguns autores afirmam que sujeitos que se encontram empregados e que vivem acompanhados apresentam um grau menor de limitações provocadas pela asma do que indivíduos reformados e que vivem sozinhos (Bacon, Bouchard, Loucks & Lavoie, 2009; Ferreira, Brito & Ferreira, 2010). No presente estudo, a maioria dos participantes apresenta características muito homogéneas, com um nível de escolaridade baixo, residência num meio urbano mais pequeno, localizado no interior do país, vivem acompanhados, geralmente pelo cônjuge e estão reformados, factos estes que também poderão ter contribuído para estes resultados.

No que concerne ao **estado civil**, os resultados apresentados pela literatura são contraditórios, uma vez que alguns autores referem que as pessoas solteiras tendem a ter uma melhor qualidade de vida (Ferreira, Brito & Ferreira, 2010; Szykiewicz et al., 2013) e outros mencionam que pessoas casadas apresentam menor risco em desenvolver asma e tendem a perceber mais positivamente a sua qualidade de vida (Schuie, 2013). Neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, podendo isto ser explicado pelo facto de esta amostra ser bastante homogénea, sendo que a maioria das pessoas que fazem parte desta investigação são casadas (66%), podendo ter tido influência nestes resultados.

Relativamente à análise das diferenças nas variáveis **clínicas**, evidências na literatura descrevem a influência do **tempo de diagnóstico** e **tempo de seguimento** na qualidade de vida de pessoas com asma, referindo que quanto mais tarde for efetuado o diagnóstico desta doença, pior será a perceção da qualidade de vida destas pessoas. Acrescentam ainda que quanto maior for o tempo de seguimento em consultas regulares de monitorização, maior será o controlo sobre a doença e, conseqüentemente, a qualidade de vida percebida (DGS, 2014; Gonzalez-Barcala et al., 2012; Nogueira, Silva & Lopes, 2009). Contudo, no presente estudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no tempo de diagnóstico, mas encontram-se relativamente ao tempo de seguimento ao nível da qualidade de vida percebida.

No que diz respeito ao **diagnóstico de outras complicações crónicas (físicas e mentais)**, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção da qualidade de vida, sendo que foi possível referir que pessoas que não apresentam outro problema de saúde crónico para além da asma relatam melhor qualidade de vida, comparativamente a pessoas que têm asma. Tendo em consideração a falta de literatura consistente com estes resultados, podemos inferir e justificar estes resultados pelo simples facto de que, apresentar uma doença crónica já é algo extremamente incapacitante e que acarreta algumas dificuldades. Uma pessoa que apresente mais do que uma condição crónica pode ver as suas dificuldades e incapacidades redobradas, o que pode ter uma influência negativa ao nível da perceção da qualidade de vida.

No que diz respeito ao **tipo de medicação**, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, o que não é corroborante com alguma literatura, que refere que pessoas que utilizam medicação para a asma apresentam uma pior qualidade de vida percebida quando comparadas com pessoas que não utilizam qualquer tipo de medicação. Esta relação é, de certa forma, esperada, uma vez que os doentes com asma mais grave estão sujeitos a maiores exacerbações e frequentemente fazem uso de corticosteroíde ou algum broncodilatador. O facto destes sujeitos fazerem uso deste tipo de medicação de forma contínua pode sugerir uma relação com uma qualidade de vida mais baixa (Nogueira, Silva & Lopes, 2009). No que concerne à **reação perante o diagnóstico**, também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, podendo isto ser explicado pelo facto da maioria das pessoas (60%) ter referido que aceitou bem o diagnóstico da sua doença.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à necessidade de recorrer ao **serviço de urgência** e ao **internamento** devido à asma. Foi possível verificar que os doentes que nunca tiveram que se deslocar ao serviço de urgência apresentam, em média, uma melhor percepção da qualidade de vida, podendo isto ser explicado pelo facto de, nesta amostra, a maioria (56%) se encontrar satisfeito com a informação sobre a asma e sobre o seu tratamento, não tendo necessidade de ir ao serviço de urgência. Relativamente ao internamento, a maioria (72%) refere nunca ter sido internada, podendo isto também ser explicado pela elevada percentagem de doentes que referem um grau de satisfação relativamente à informação e ao cumprimento da toma de medicação. Consequentemente, este aspeto parece manifestar-se num melhor controlo da doença e em menos repercussões e exacerbações, traduzindo-se numa melhor qualidade de vida, não sendo necessário o internamento.

No que diz respeito ao **diagnóstico de asma em familiares**, foram encontradas evidências da existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida, sendo possível verificar que pessoas com familiares com a mesma condição relatam uma pior qualidade de vida. Segundo Alvim e Andrade (2012), o desenvolvimento da asma poderá ocorrer devido a uma predisposição genética, sendo possível referir que pessoas que tenham familiares com asma, principalmente os pais, têm um maior risco em desenvolver esta doença crónica e, consequentemente, apresentar pior qualidade de vida. Também ao nível da qualidade de vida entre pessoas que têm algum tipo de **acompanhamento psicológico/psiquiátrico** e as que não têm acompanhamento, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, sendo que os sujeitos que não têm acompanhamento relatam ter uma melhor qualidade de vida. Campanha, Freire e Fontes (2008) apontam para importância dos fatores psicológicos e como é que estes podem interferir na asma. Os transtornos psiquiátricos, como a depressão e ansiedade (Vieira et al., 2011), têm sido associados à asma e, consequentemente, a uma pior qualidade de vida (Carvalho et al., 2007). Tendo em conta os resultados obtidos, pode-se referir que as pessoas que responderam

que tinham acompanhamento ao nível psicológico e psiquiátrico apresentavam algum transtorno psicológico, sendo possível então verificar que os resultados deste estudo estão em consonância com a literatura.

Relativamente às **estratégias de coping**, a literatura sugere que as pessoas com o diagnóstico de asma utilizam estratégias diferentes em comparação com as pessoas que não têm esta doença (Barton, Clarke, Suleiman & Abramson, 2003). Especificamente, referem que a utilização de estratégias de *coping* centradas na emoção são mais frequentes em doentes com asma do que as estratégias focadas no problema, perante problemas psicológicos e situações indutoras de *stress* (Nia, Aliloo e Ansarin, 2010). Este aspeto vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, onde os doentes referem que a estratégia mais utilizada nesta amostra é a Aceitação.

No que diz respeito à avaliação das diferenças observadas nas estratégias de *coping* perante as características **sociodemográficas** da amostra, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas em algumas das variáveis, para algumas dimensões.

No que concerne à avaliação das **habilitações literárias**, os resultados obtidos demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas, para as dimensões **Religião** e **Negação**. Estes resultados indicaram que as pessoas com o nível de escolaridade até ao 4º ano utilizam mais vezes a estratégia de *coping* **Religião** que pessoas com o 6º/9º ano e o 12ºano/licenciatura e que pessoas com o nível de escolaridade até ao 4º ano utilizam mais vezes a estratégia de *coping* **Negação** que pessoas com habilitações literárias até ao 12º/licenciatura. Estes resultados são consistentes com a literatura, que afirma que os doentes com maiores habilitações literárias se adaptam mais facilmente à doença e utilizam estratégias que visam o equilíbrio emocional e maior capacidade de implementação de intervenções para o melhor controlo da doença (Cunha, 2009; Martins, 2005) e consequentemente as pessoas com menor nível de escolaridade têm mais dificuldade em controlar a sua doença. De facto, a literatura sugere que as pessoas com escolaridade mais baixa utilizam mais vezes as estratégias de **Religião** e **Negação** e pessoas que possuem o ensino primário recorrem às estratégias de **Autodistração**, ou seja, apresentam maior utilização de estratégias mais passivas e centradas nas emoções (Antunes, 2011). Para além disto, o meio de residência dos indivíduos é reconhecido por alguns autores (Barker et al., 1990, referido por Martins, 2005) como sendo um aspeto sociodemográfico que se relaciona com a utilização de estratégias de *coping* centradas no problema, dado que se pressupõe que os sujeitos provenientes dos meios urbanos têm melhores níveis de habilitações literárias. Neste caso, tais factos não foram constatados, sendo que, apesar de estarmos perante uma amostra que pertence maioritariamente a um meio urbano, trata-se de um meio urbano pequeno, com cerca de 50.000 habitantes, tal poderá ter contribuído para estes resultados.

Relativamente à avaliação do **estado civil**, os resultados obtidos evidenciaram diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Uso de substâncias** e **Planear**. No presente estudo verificou-se que pessoas solteiras, divorciadas e viúvas utilizam mais vezes este tipo de estratégias de *coping* do que aquelas que estão casadas ou em união de facto. Os resultados obtidos para a dimensão **Planear** não são concordantes com a literatura. Alguns autores apontam para a existência de uma relação entre os aspetos sociais e a adoção de estratégias de *coping* (Antunes, 2011; Cunha, 2009; Dragaset & Lindstorm, 2005), sugerindo que uma melhoria nos aspetos sociais poderia levar à adoção de estratégias mais eficazes para lidar com a doença. Pode-se constatar que o estado civil influencia a adoção das estratégias **Planear**, visto se evidenciar uma maior tendência das pessoas com companheiro para a utilização de estratégias focadas no problema, sendo que estes factos podem estar relacionados com o apoio proveniente da família nuclear, que influencia positivamente a utilização de estratégias mais ativas e efetivas para enfrentar as situações indutoras de *stress* (Antunes, 2011; Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). No entanto, relativamente à dimensão **Utilização de substâncias**, autores como Coyne e DeLongis (1986) referem que a percepção de ausência de suporte social vulnerabiliza a pessoa que tem a doença, fator esse que condiciona a maior utilização de estratégias de *coping* mais passivas e centradas nas emoções (Martins, 2005), estando assim os resultados deste estudo para esta dimensão consistentes com a literatura.

Reportando-nos às características sociodemográficas relativas à **idade** dos participantes, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das estratégias de *coping*, nomeadamente para as dimensões **Religião** e **Negação**. Os resultados relativamente à **Religião** são corroborados pela literatura. Num estudo realizado por Antunes (2011), sujeitos com idades compreendidas entre os *65-75 anos* apresentaram valores médios mais altos para a dimensão **Autodistração** e pessoas inseridas no grupo etário de *mais de 76 anos* apresentaram valores médios mais altos para as dimensões **Religião** e **Negação**, sendo que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a **Religião**, evidenciando que os indivíduos mais velhos utilizam esta estratégia para enfrentar situações geradoras de *stress*, quando comparados aos outros grupos etários. As pessoas com mais idade geralmente optam por estratégias mais passivas e centradas nas emoções pois, perante um problema, preferem desviar a sua atenção deste, evitando o desconforto emocional que dele advém ou até desistindo de fazer qualquer tipo de esforço para lidar com o problema. Refugiam-se na religião e espiritualidade, visto terem maior crença que as pessoas mais jovens, e, por este facto, utilizam mais este tipo de estratégia (Antunes, 2011; Costa, 2010; Dragaset & Lindstorm, 2005; Gonçalves, 2014; Herrmann et al., 2000; Liberato & Macieira, 2008; Pereira & Lopes, 2002; Veit & Castro, 2013). Contudo, no que concerne à **Negação**, os resultados deste estudo já não são consistentes com a literatura. Estudos defendem que a resposta de **Negação** relativamente ao problema, neste caso, a asma, tende a diminuir com o

tempo (Patrão et al., 2008), passando então a prevalecer estratégias de *coping* de aceitação, o que não é constatado na avaliação desta variável.

Em relação ao **género**, **agregado familiar** e **situação profissional**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das dimensões.

No que diz respeito ao **género**, os resultados apresentados pela literatura não se encontram em consonância. Enquanto Antunes (2011) refere que há uma maior adoção do **Coping ativo** por parte dos homens, comparativamente com as mulheres, e que, por sua vez, há uma maior tendência das mulheres em adotar a estratégia **Religião** para confrontarem os seus problemas, Bensing e colaboradores (2002) mencionam que são as mulheres que adotam mais vezes as estratégias de *coping* ativo para a resolução dos seus problemas, uma vez que têm maior tendência a tentar preservar a sua autonomia, a definir desafios e a procurarem manter a sua atividade social. Apesar de contraditórios, ambos os estudos justificam que era esperado haver diferenças ao nível do género. O facto de esta amostra ser maioritariamente constituída por mulheres pode ter influenciado os resultados.

No que concerne ao **agregado familiar**, a literatura sustenta que há existência de relação entre o número de elementos do agregado familiar e a influência da família na escolha das estratégias de *coping* (Petrie & Weinman, 1997, referido por Antunes, 2011). Num estudo realizado por Antunes (2011), foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na utilização das estratégias **Coping ativo** e **Planear**, verificando-se que são sujeitos que vivem *com cônjuge e filhos* e os que vivem *com o cônjuge* que mais recorrem a estas, respetivamente. Seria de esperar que tais resultados ocorressem neste estudo, uma vez que a maioria dos participantes é casado (66%) e vive com o cônjuge (56%), mas tal não acontece.

Também ao nível da **situação profissional**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das estratégias de *coping*. Geralmente, as pessoas que são profissionalmente ativas tendem a encarar as crises como uma fonte de aprendizagem e a enfrentá-las de maneira mais positiva (utilização da estratégia **Reinterpretação positiva**), aceitando-a como real (**Aceitação**) e planeando e implementando estratégias de resolução do problema (**Planear** e **Coping ativo**). Estas pessoas utilizam ambos os tipos de estratégias, mas fazem-no de uma forma mais ativa quando comparadas com pessoas que não trabalham, que tendem a rejeitar a realidade (**Negação**), a desistir de encontrar soluções para resolver o problema (**Desinvestimento comportamental**) e recorrem a substâncias (**Uso de substâncias**), como forma de fugirem ao problema (Antunes, 2011). Os resultados obtidos podem eventualmente ser justificados pelo facto de 36% da amostra ser constituída por pessoas reformadas, que estão mais propícias a adotarem estratégias de *coping* mais passivas.

Relativamente à análise das diferenças nas **variáveis clínicas**, relativamente ao **tempo de diagnóstico** e ao **tempo de seguimento**, era expectável que existissem diferenças

estatisticamente significativas em relação às estratégias de *coping*, visto que a educação do doente sobre a doença começa no momento do seu diagnóstico e deve ser integrada em cada etapa do tratamento da asma, com o objetivo de incorporar estratégias de *coping* orientadas e corretas para gerir esta condição (Braman, 2006). Neste estudo foram apenas encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de seguimento, para as dimensões **Coping ativo** e **Humor**, tendo sido revelado que pessoas que são seguidas há mais de 11 anos utilizam mais este tipo de estratégias. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de, ao estarem a ser seguidos em consulta há mais tempo, os participantes desta amostra apresentam um maior conhecimento, integração e utilização de estratégias de *coping* mais ajustadas à gestão da doença e ao seu tratamento, como acontece no caso das dimensões para as quais foram encontradas diferenças.

No que concerne ao **tipo de medicação**, apenas foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Religião** e **Negação**. No que concerne à **reação perante o diagnóstico**, também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, podendo isto ser explicado pelo facto da maioria das pessoas (60%) ter referido que aceitou bem a doença.

Em relação ao **acompanhamento psicológico/psiquiátrico**, foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas, para as dimensões **Autoculpabilização**, **Religião** e **Negação**. Viver com asma pode causar um grau considerável de *stress* e ter um grande impacto na rede familiar, social e de trabalho (Greener, 2011). A pessoa com asma vive com um medo persistente de que irá sofrer uma exacerbação severa, o que faz com que, não surpreendentemente, sofrer desta doença crónica possa causar um estado de ansiedade e depressão, ou vice-versa (Greener, 2011). No caso da depressão, esta compromete a capacidade da pessoa em resolver problemas e em vários casos, as estratégias de *coping* que uma pessoa com depressão desenvolve para lidar com asma pode piorar a situação. Por exemplo, se uma pessoa está deprimida, isto pode induzir um estado de letargia profunda que influencia a motivação da pessoa para seguir as ordens do médico sobre quando tomar a medicação, sentir-se culpabilizada por ter este tipo de doença e, podendo até, fazer com que esta recorra a forças superiores, como a religião, esperando que algo externo resolva o seu problema. Em outros casos, a depressão faz com que a pessoa coloque a doença em segundo plano, negando, por vezes, a presença do problema (Greener, 2011). No caso da ansiedade, esta pode comprometer a capacidade do sujeito em tomar decisões racionais sobre a asma, como, por exemplo, na situação de alerta para sinais de agravamento da asma e ataques mais severos. Para além disto, a ansiedade pode fazer com que a pessoa se torne demasiado cuidadosa, fazendo com que tome medicação desnecessariamente (Greener, 2011). Um acompanhamento psicológico com pessoas que sofrem estas perturbações seria uma mais-valia para a gestão e desenvolvimento de estratégias de *coping* corretas para lidar com as mesmas e, conseqüentemente, lidar com asma.

No que diz respeito ao **diagnóstico de asma em familiares**, foram encontradas evidências da existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão **Negação**, sendo que pessoas com familiares com asma utilizam mais vezes este tipo de estratégia do que pessoas que não têm diagnóstico desta condição na família. Os resultados não são corroborados segundo a literatura, visto que a Health Talk (2017) refere que o diagnóstico de asma é algo recorrente nas famílias. Ter um familiar com asma pode significar que, por vezes, os primeiros sinais e sintomas desta condição sejam mais facilmente reconhecidos, visto já terem sido identificados anteriormente, sendo assim mais fácil para a pessoa aprender a lidar e gerir a sua doença e adquirir as melhores e mais indicadas estratégias de *coping* (Health Talk, 2017), ou seja, a utilizar estratégias de *coping* mais focadas no problema e mais ativas, o que não é o caso da **Negação**.

Relativamente ao **diagnóstico de outros problemas de saúde crónicos**, os resultados obtidos demonstraram que pessoas que apresentam outro problema de saúde crónico, para além da asma, utilizam mais vezes as estratégias **Religião** e **Negação**, comparativamente a pessoas que apenas têm asma. Tendo em conta a falta de literatura consistente com estes resultados, pode-se especular que as especificidades da presente amostra, que nos mostra que 22 participantes (44%) revelaram ter outro problema crónico de saúde, o que ainda é uma percentagem aceitável, pode ter influenciado os resultados obtidos. Para além disto, estas pessoas podem utilizar este tipo de estratégias mais centradas nas emoções pelo simples facto de que, lidar com mais do que uma condição pode ser completamente incapacitante e pouco esperançoso, optando por um carácter mais espiritual e religioso durante períodos de *stress* e crise, de forma a encontrar esperança de que as coisas podem vir a melhorar (Ribeiro, 2008) ou então apenas negando a existência dos seus problemas.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à necessidade de recorrer ao **serviço de urgência** e ao **internamento**. Tal poderá ser explicado pelo facto de que a maioria dos participantes (56%) se encontra satisfeito com a informação sobre a asma e sobre o seu tratamento, podendo então desta forma ter desenvolvido estratégias para controlar e gerir a sua condição, não recorrendo à urgência. Relativamente ao internamento, o facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas poderá ser explicado por as pessoas desta amostra apresentarem uma maior educação relativamente à asma e um maior controlo da doença o que, conseqüentemente, pode levar a uma redução no número de internamentos.

Em relação à existência de uma relação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping*, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para algumas dimensões, sendo elas o **Coping ativo**, **Reinterpretação positiva**, **Aceitação**, **Religião**, **Negação**, **Desinvestimento comportamental** e **Autoculpabilização**. É importante referir que relativamente ao *Coping* ativo, Reinterpretação positiva e Aceitação se verifica uma

correlação positiva e para as dimensões Religião, Negação, Desinvestimento comportamental e Autoculpabilização foi verificada uma **correlação negativa**. Alguns estudos, no contexto da doença crónica, permitiram verificar que estratégias de *coping* focadas na emoção, em comparação com as estratégias de *coping* ativas, são menos adaptativas, refletindo-se numa avaliação da qualidade de vida mais deteriorada (Silva, 2017). No caso da asma, os doentes que se sentiram menos capazes de lidar com a doença e tiveram sentimentos mais baixos de mestria, sentimentos de medo, perda de controlo e estilo de *coping* mais emocional, foi associada uma qualidade de vida mais pobre (Hesselink et al., 2004). No mesmo sentido, Van De Ven e colaboradores (2007), referiram que em adultos com asma, o *coping* mais emocional, ou seja, uma reação mais evasiva ao problema, e *coping* evasivo (ignorando, negando ou evitando o problema) estão associados a uma qualidade de vida mais pobre, enquanto o *coping* ativo (abordagem mais ativa do problema) está associado a uma melhor qualidade de vida. O uso de estratégias de *coping* ativas, ao invés das estratégias de evitamento (como a **Negação**), tem sido referido como algo que reduz a quantidade de ataques graves, contrariamente às estratégias mais evasivas, que se manifestam por desejos e retirada das relações sociais e compromissos com o ambiente, tendo efeitos negativos a longo prazo sobre a adesão às recomendações de tratamento em doenças crónicas, como é o caso da asma (Adams, Wilson, Smith & Ruffin, 2004). No entanto, está disponível pouca informação na literatura sobre o papel que as estratégias de *coping* específicas podem assumir ao nível da asma. Em suma, pode-se referir que os resultados obtidos para as associações avaliadas são corroborados pela literatura, à exceção da **Aceitação**, que, segundo Silva (2017) pode estar associada a uma menor qualidade de vida, podendo-se deduzir que pessoas que utilizam este tipo de estratégia são mais conformistas e demonstram um papel passivo no controlo e gestão da doença, o que pode prejudicar a qualidade de vida percebida.

Os próximos capítulos terão como objetivo refletir sobre as principais limitações e contributos do presente estudo, uma vez que apenas o reconhecimento dos aspetos a melhorar e a divulgação do conhecimento que foi alcançado ao longo deste estudo permitem o desenvolvimento de novas investigações.

4.2. Limitações da investigação

Tendo em consideração a estrutura deste documento e os resultados obtidos neste estudo, pensa-se que os objetivos delimitados inicialmente foram cumpridos na sua generalidade e especificidade, tendo assim levado a uma reflexão e contributo positivos para a investigação e intervenção nesta área.

Apesar da relevância da informação explorada e encontrada neste estudo, é importante referir algumas limitações que foram identificadas ao realizar a recolha, o tratamento e a análise de dados, e que devem ser tidas em conta na interpretação dos resultados obtidos.

No que diz respeito ao protocolo de avaliação, o facto do mesmo ser constituído por vários questionários de autorresposta pode, por um lado, ter contribuído para a não colaboração na investigação e, por outro lado, para o cansaço dos participantes na resposta aos itens. No entanto, é importante mencionar que tais dificuldades tentaram sempre ser diminuídas por parte do investigador, optando-se pela utilização de escalas breves que permitissem uma visão abrangente dos temas a analisar.

No que concerne ao processo de amostragem por conveniência, esta pode exercer um impacto ao nível da representatividade da amostra e enviesamento dos dados obtidos, fatores a ter em conta na generalização dos resultados a todas as pessoas diagnosticadas com asma. Ainda ao nível da impossibilidade de generalização dos resultados obtidos, é de extrema importância referir também o facto de as informações terem sido recolhidas em apenas uma unidade hospitalar (Centro Hospitalar Cova da Beira). Também o facto das escalas/instrumentos utilizados não ser específicos para medir a asma pode ter condicionado os resultados.

Relativamente às características dos participantes que fazem parte desta amostra, importa considerar a média das idades e escolaridade. O facto de a média das idades dos participantes rondar os 56 anos de idade, e de metade da amostra ter até ao 4º e 6º ano de escolaridade, pode ter exercido algum tipo de impacto ao nível da compreensão e resposta aos itens. Ainda sob esta linha, é de extrema importância mencionar que devido a problemas visuais ou auditivos, evidenciados por alguns participantes, ocasionalmente o protocolo foi respondido em formato de entrevista, o que pode ter contribuído para o enviesamento dos resultados devido à desajustabilidade social das respostas.

Para investigações futuras, considera-se importante a realização de estudos longitudinais que possam permitir extrair a causalidade entre as variáveis estudadas e compreender o impacto da asma na qualidade de vida e na forma com as pessoas lidam com esta condição ao longo do tempo. É ainda crucial delinear investigações com a presença de um grupo de controlo, de forma a avaliar as diferenças nestas duas variáveis entre pessoas com asma e pessoas sem esse diagnóstico.

Apesar destas limitações, considera-se que esta investigação conseguiu responder aos objetivos delimitados inicialmente, através do *design* mais efetivo para esse efeito. Desta forma, a natureza transversal possibilitou o estabelecimento de associações entre as variáveis em estudo, respondendo assim do melhor modo à questão de investigação e aos objetivos definidos.

4.3. Implicações práticas

Atualmente, a investigação constitui uma área de grande interesse e em constante crescimento. Assim, espera-se que os resultados obtidos ao longo deste estudo estimulem o interesse pelo desenvolvimento de novas investigações que permitam aprofundar e melhorar o conhecimento sobre a asma e a sua vivência.

Compreender os determinantes da qualidade de vida, especialmente aqueles que são modificáveis, pode ser útil no desenvolvimento de intervenções e programas direcionados para a promoção e melhoria da qualidade de vida nesta doença crónica (Ford et al., 2004). Assim, torna-se essencial o desenvolvimento de intervenções de carácter preventivo tendo em consideração o impacto psicológico, social e emocional da asma. Estes programas de intervenção devem abranger as situações e comportamentos de risco, tendo como objetivo a divulgação dos mesmos (e.g., tabagismo, atividade física, excesso de peso e obesidade, poeiras) (Ford et al., 2004).

No entanto, muitas vezes as intervenções preventivas não são realizadas a tempo. Geralmente, a medicação é considerada a base da gestão da asma, de forma a prevenir exacerbações, aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida (Greener, 2011). Contudo, esta não é a única forma de melhorar o controlo sobre a doença, sendo que existem outros aspetos que podem ser trabalhados, tais como evitar *triggers*, deixar de fumar, perder peso, abordar os fatores psicológicos, melhorar a dieta alimentar e utilizar terapias complementares, sendo que tudo isto pode ajudar a lidar melhor com a doença e, conseqüentemente, a melhorar a qualidade de vida (Greener, 2011).

Os resultados obtidos na presente investigação mostram associações entre a qualidade de vida e algumas dimensões do *Brief-COPE*. No entanto, torna-se ainda necessário a existência de mais estudos para identificar as estratégias de *coping* mais adaptativas que estão relacionadas a bons resultados no controlo da asma, de forma a fornecer orientações para o desenvolvimento de programas de intervenção destinados a melhorar os resultados em adultos com asma (Martins, Simões & Fernandes, 2012). É importante também referir o quão importante se torna o papel do psicólogo nas equipas de intervenção, uma vez que este pode desempenhar um papel fulcral no estudo, avaliação e tratamento psicológico do doente com asma, identificando o processo de *coping* face à doença, de forma a reeducá-lo para uma melhor gestão e adaptação ao problema (Fragoso, 2005).

Segundo Martins e colaboradores (1996) “a doença seja ela aguda ou crónica, é uma experiência bastante complexa e individualizada” (p.15). Assim, um aspeto crucial em todos os tipos de intervenção é a importância de serem capazes de atender às idiosincrasias de cada pessoa e à sua vivência com a doença.

Conclusão

O presente estudo surgiu no âmbito do Projeto “Determinantes de Adaptação à Doença”, que pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias de intervenção na doença, com vista a melhorar a adaptação e bem-estar psicológico do(a)s doentes, focalizando-se em diferentes níveis e contextos. Assim, este trabalho teve, como objetivo geral, avaliar a qualidade de vida e a forma como as pessoas lidam com a doença numa amostra de pessoas diagnosticadas com asma.

De uma forma geral, as pessoas em seguimento nas consultas do CHCB revelaram uma qualidade de vida abaixo da média quando comparados com os resultados obtidos no estudo oficial da validação da escala. No entanto, apenas foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida tendo em conta a idade. Ainda dentro das características sociodemográficas, ao nível do *coping*, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para algumas dimensões relativamente às habilitações literárias, estado civil e idade. Relativamente à análise das características clínicas, para a qualidade de vida, foram novamente encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do tempo de seguimento, existência de outro problema de saúde crónico, diagnóstico de asma em familiares e ao nível do acompanhamento psicológico/psiquiátrico. No que concerne às estratégias de *coping*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em algumas dimensões ao nível das características clínicas, tais como o tempo de seguimento, diagnóstico de outros problemas de saúde crónicos, acompanhamento psicológico/psiquiátrico, diagnóstico de asma em familiares e tipo de medicação.

Houve associações entre algumas das dimensões do *Brief-COPE* e a qualidade de vida, associações essas que são corroboradas pela literatura, que refere que as estratégias de *coping* focadas na emoção estão associadas a uma pior qualidade de vida percebida e as estratégias de *coping* focadas no problema estão correlacionadas com uma melhor perceção da qualidade de vida.

Numa condição como a asma, onde a autogestão tem um impacto crítico nas manifestações da doença e na história da condição de um indivíduo, é provável que as estratégias de *coping* sejam importantes e que a utilização dessas estratégias seja a mais adequada de forma a promover uma melhor qualidade de vida (Adams, Wilson, Smith e Ruffin, 2004).

Referências bibliográficas

- Adams, C., Brestan, E., Ruggiero, K., Hogan, M., Wilson, N., Shigaki, C., & Sherman, J. (2001). Asthma Questionnaire: Psychometric Properties and Clinical Utility in Pediatric Asthma. *Children's Health Care*, 30(4), 253-270.
- Adams, R., Wakefield, M., Wilson, D., Parsons, J., Campbell, D., Smith, B., & Ruffin, R. (2001). Quality of Life in Asthma: A Comparison of Community and Hospital Asthma Patients. *Journal of Asthma*, 38(3), 205-214. doi:<https://doi.org/10.1081/JAS-100000107>
- Alith, M. B., Gazzotti, M. R., Montealegre, F., Fish, J., Nascimento, O. A., & Jardim, J. R. (janeiro-fevereiro de 2015). Impacto negativo da asma em diferentes faixas etárias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(1), 16-22. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000100003>
- Almeida, M. M., Gaspar, A., Romeira, A. M., Vau, T. A., Braga, C. N., Sampaio, G., ... Rosado-Pinto, J. (2004). Factores de risco para asma activa em idade escolar: estudo prospectivo com oito anos de duração. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, XII, 20- 40.
- Alvarez, G., Schulzer, M., Jung, D., & FitzGerald, J. (julho-agosto de 2005). A systematic review of risk factors associated with near-fatal and fatal asthma. *Canadian Respiratory Journal*, 12(5), 265-270. doi:10.1155/2005/837645
- Alvarez, G., Schulzer, M., Jung, D., & FitzGerald, J. (s.d.). A systematic review of risk factors associated with near-fatal and fatal asthma.
- Amorim, M. L. (1999). *Qualidade de vida e Coping na Doença Crónica: Um estudo em diabéticos não insulíndependentes* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9890>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>.
- Antunes, C.S.S. (2011). *Estratégias de Coping e Adesão ao tratamento farmacológico na doença coronária isquémica* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1523>

- Aragão, J. (agosto de 2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, 3(6), 1-4. doi:<https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>
- Bacharier, L. B., Boner, A., Carlsen, K. H., Eigenmann, P. A., Frischer, T., Götz, M., ... The European Pediatric Asthma Group (2008). Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy*, 63, 5-34. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01586.x
- Bacon, S. L., Bouchard, A., Loucks, E. B., & Lavoie, K. L. (2009). Individual-level socioeconomic status is associated with worse asthma morbidity in patients with asthma. *Respiratory Research*, 10(1), 1-8. doi:10.1186/1465-9921-10-125
- Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N., & Abramson, M. (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, 97(7), 747-761. doi:10.1016/S0954-6111(03)00029-5
- Bateman, E., Hurd, S., Barnes, P., Bousquet, J., Drazen, J., FitzGerald, M., . . . Zar, H. (2008). Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *European Respiratory Journal*, 31(1), 143-178. doi:10.1183/09031936.00138707
- Bellin, M., Kub, J., Mudd, S., Bollinger, M. E., & Butz, A. M. (2016). Asthma Home Management in the Inner-City: What can the Children Teach us? *Journal of Pediatric Health Care*, 31(3), 362-371. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.11.002>
- Bensing, J. M., Schreurs, K. M., De Ridder, D. T., & Hulsman, R. L. (2002). Adaptive tasks in multiple sclerosis: Development of an instrument to identify the focus of patients' coping efforts. *Psychology & Health*, 17(4), 475-488. doi:10.1080/0887044022000004957
- Beresford, B. A. (1994). Resources and Strategies: How Parents Cope with the Care of a Disabled Child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 171-209.
- Böhmer, M. M., Brandl, M., Brandstetter, S., Finger, T., Fischer, W., Pfeifer, M., & Apfelbacher, C. (2016). Factors associated with generic health-related quality of life in adult asthma patients in Germany: cross-sectional study. *Journal of Asthma*, 1-34. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02770903.2016.1206563>
- Braido, F., Baiardini, I., Bordo, A., Menoni, S., Di Marco, F., Centanni, S., . . . Canonica, G. W. (2012). Coping with asthma: Is the physician able to identify patient's behaviour? *Respiratory Medicine*, 106(12), 1625-1630. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.09.007>

- Braman, S. S. (2006). The Global Burden of Asthma. *CHEST*, 130(1), 4-12. doi:10.1378/chest.130.1_suppl.45
- Branco, P. T., Nunes, R. A., Alvim-Ferraz, M. C., Martins, F. G., Ferraz, C., Vaz, L. G., . . . Sousa, S. I. (2016). Asthma prevalence and risk factors in early childhood at Northern Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 22(3), 146-150.
- Campanha, S. M. A., Freire, L. M. S. & Fontes, M. J. F. (2008). O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Cefac*, 10 (4), 513-519.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, Qualidade de vida e saúde: *Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp.3-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., . . . , Carona, C. (2003). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (abril de 2010). Qualidade de vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, III(3), 243-268. Obtido de <https://repositorio.ipl.pt/>.
- Carvalho, N. S., Ribeiro, P. R., Ribeiro, M., Nunes, M. T., Cukier, A., & Stelmach, R. (2007). Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(1), 1-6.
- Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. doi: 10.1037//0033-2909.127.1.87
- Conn, K., Halterman, J., Lynch, K., & Cabana, M. (2007). The Impact of Parents' Medication Beliefs on Asthma Management. *Pediatrics*, 120(3), 521-526. doi:10.1542/peds.2006-3023
- Costa, E. S., & Leal, I. P. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 24(2), 189-199.

- Costa, S. (2010). *Implicaciones del apoyo social en el estrés y el afrontamiento en la enfermedad de cáncer de mama*. Trabajo de Grado en Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Salamanca: Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.
- Coughlin, C., & Leidy, N. K. (1998). Psychometric performance of the Asthma Quality of Life Questionnaire in a US sample. *Quality of Life Research*, 7(2), 127-134.
- Cousson-Gelief & Tay tard, A. (1999). Coping strategies utilized by patients. *Review Mal Respiratory*, 16, 9-353.
- Creer, T. L. (2001). Asthma, disease management, and research: attempting to unravel a Gordian knot. *Journal of Asthma*, 38(4), 289-297.
- Cui, W., Zack, M. M., & Zahran, H. S. (2015). Health-Related Quality of Life and Asthma among United States Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 166(2), 358-364. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.10.005>
- Cunha, C. G. (2004). *Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada*. (Monografia não publicada), Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará.
- Cunha, F. R. S. (2009) *Qualidade de Vida e Coping do Doente de Parkinson e seu Cuidador após a Cirurgia Funcional de Parkinson* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Acedido em <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1399>
- Daen, S. T. (2011). Tipos de investigación científica. *Revista de Actualización Clínica*, 9, 621-624
- Deenen, T. A., & Klip, E. (1993). Coping with asthma. *Respiratory Medicine*, 87(Supplement B), 67-70.
- Determinants and Consequences of Children's Coping in the Medical Setting: Conceptualization, Review, and Critique. (1995). *Psychological Bulletin*, 118(3), 328-357. doi:10.1037/0033-2909.118.3.328
- Desai, M, & Oppenheimer, J. (2011). Medication adherence in the asthmatic child and adolescente. *Current Allergy and Asthma Reports*, 11(6), 454-464. doi 10.1007/s11882-011-0227-2
- Dias, P. A., Rodriguez, J. d., & López-Sánchez, C. (2015). Adaptação da Escala de Estratégias de Coping na adolescência numa amostra Portuguesa. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 12-21. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150003>

- Direção-Geral da Saúde (2000). Programa Nacional de Controlo da Asma. Lisboa_ Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2007). Manual de Boas Práticas na Asma. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-desistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-asma.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2014). Estudo ISAAC: 20 anos em Portugal. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/estudo-isaac-20-anos-em-portugal.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Portugal: Doenças Respiratórias em Números - 2015. Recuperado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-desaudef/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-20151.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Processo assistencial integrado da Asma na Criança e no Adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Drageset, S., & Lindstrom, T. C. (agosto de 2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217-226. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03495.x
- ERS. (2003). Adult Asthma. Em ERS, J. Gibson, R. Loddenkemper, Y. Sibille, & B. Lundbäck (Eds.), *European Lung White Book* (pp. 138-147).
- Evans, J. (2005). Quantitative methods of inquiry. In J. Evans, *Your Psychology Project the Essential Guide* (pp.97-114). London: SAGE Publications.
- Evans, P. (1998). Stress and coping. In M. Pitts, & K. Phillips (Eds.), *The psychology of health: an introduction* (2nd ed., pp. 47-67). London: Routledge
- Fernandes, A. G., & Oliveira, M. A. (maio-junho de 1997). Avaliação da qualidade de vida na asma. *Jornal de Pneumologia*, 23(3), 148-152.
- Ferreira, J. (1998). Qualidade de Vida em Doentes com Asma. *Arquivos de Medicina*, 12(6), 371-373.
- Ferreira, J., Silveira, P., & Marques, J. A. (2008). Estudo nacional de qualidade de vida na asma - Aplicação do Asthma Quality of Life Questionnaire de Marks (AQLQ-M) na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIV(4), 459-486.

- Ferreira, L. N., Brito, U., & Ferreira, P. L. (2010). Qualidade de vida em doentes com asma. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XVI(1), 23-55. doi:[https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30005-2](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30005-2)
- Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde de vida da Organização Mundial da Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (setembro de 1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. doi:<http://dx.doi.org/10.2307/2136617>
- Ford, E. S., Mannino, D. M., Homa, D. M., Gwynn, C., Redd, S. C., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (janeiro de 2003). Self-Reported Asthma and Health-Related Quality of Life: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Chest Journal*, 123(1), 119-127. doi:<https://doi.org/10.1378/chest.123.1.119>
- Ford, E. S., Mannino, D. M., Redd, S. C., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2004). Determinants of Quality of Life Among People with Asthma: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Asthma*, 41(3), 327-336.
- Fragoso, V. M. (2005). O papel do psicólogo perante o doente asmático. *IGT na Rede*, 2(2), 1-5.
- Gaspar, A., Almeida, M. M., & Nunes, C. (2006). Epidemiologia da asma grave. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 14 (Supl 2), 27-41.
- Gibson, P. G. (julho de 2000). Monitoring the patient with asthma: An evidence-based approach. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 106(1 Pt 1), 17-26. doi:10.1067/mai.2000.108307
- Gibson, P. G., McDonald, V. M., & Marks, G. B. (4 de setembro de 2010). Asthma in older adults. *The Lancet*, 376, 803-813. doi:10.1016/S0140-6736(10)61087-2
- Gibson, P. G., Powell, H., Wilson, A., Hensley, M. J., Abramson, M. J., Bauman, A., . . . Roberts, J. J. (2002). Limited (information only) patient education programs for adults with asthma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD001005

- Gibson, P. G., Talbot, P. I., & Toneguzzi, R. C. (1995). Self-Management, Autonomy, and Quality of Life in Asthma. *Chest Journal*, 107(4), 1003-1008. doi:<https://doi.org/10.1378/chest.107.4.1003>
- Global Initiative for Asthma (GINA) (2016). The Global Initiative for Asthma (GINA). Recuperado de <http://ginasthma.org/about-us/>
- Global Initiative for Asthma (GINA) (2017). Global Initiative for Asthma Management and Prevention. Recuperado de <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- Goeman, D. P., O’Hehir, R. E., Jenkins, C., Scharf, S. L., & Douglass, J. A. (2007). ‘You have to learn to live with it’: a qualitative and quantitative study of older people with asthma. *The Clinical Respiratory Journal*, 99-105. doi:10.1111/j.1752-699X.2007.00033
- González-Freire, B., Vázquez-Rodríguez, I., Marcos-Velázquez, P., & de la Cuesta, C. G. (28 de maio de 2010). Repression and Coping Styles in Asthmatic Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 220-229. doi:10.1007/s10880-010-9198-z
- González-Barcala, F.-J., de la Fuente-Cid, R., Tafalla, M., Nuevo, J., & Caamaño-Isorna, F. (2012). Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(1), 1-10. doi:10.1186/2049-6958-7-32
- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress- emoções e estratégias de adaptação*. (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Greener, M. (2011). What is asthma? Em M. Greener, *Coping with Asthma in Adults* (pp. 1-23). Cheshire, Great Britain: Sheldon Press.
- Haas, J. S., Cleary, P. D., Guadagnoli, E., Fanta, C., & Epstein, A. M. (março de 1994). The Impact of Socioeconomic Status on the Intensity of Ambulatory Treatment and Health Outcomes after Hospital Discharge for Adults with Asthma. *Journal of General Internal Medicine*, 9(3), 121-126.
- Hazell, M., Frank, T., & Frank, P. (novembro de 2003). Health related quality of life in individuals with asthma related symptoms. *Respiratory Medicine*, 97(11), 1211-1218. doi:[https://doi.org/10.1016/S0954-6111\(03\)00249-X](https://doi.org/10.1016/S0954-6111(03)00249-X)
- Health Talk. (agosto de 2017). *Healthtalk.org Youthhealthtalk.org*. Obtido de <http://www.healthtalk.org/>: <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/chronic->

health-issues/asthma/relationships-family-and-friends?fbclid=IwAR0vKrmu8ABYRI02KUgYxzDkURKGtF97dPXdB1lbvYiP0p7948BmuJ--Z-o

- Herrmann, M., Curio, N., Petz, T., Synowitz, H., Wagner, S., Bartels, C., & Wallesch, C.-W. (agosto de 2000). Coping with illness after brain diseases - a comparison between patients with malignant brain tumors, stroke, Parkinson's disease and traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 22(12), 539-546. doi:10.1080/096382800416788
- Hesselink, A., Penninx, B., Schlösser, M., Wijnhoven, H., van der Windt, D., Kriegsman, D., & van Eijk, J. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Research*, 13(2), 509-518. doi:10.1023/B:QURE.0000018474.14094.2f
- Higginson, I. J., & Carr, A. J. (26 de maio de 2001). Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *The BMJ*, 322, 1297-1300. doi:https://doi.org/10.1136/bmj.322.7297.1297
- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira, R. S., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 1-8. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Epstein, R. S., Ferrie, P. J., Jaeschke, R., & Hiller, T. K. (1992). Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax*, 47(2), 76-83.
- Kaptein, A. A., Brand, P., Decker, F., Kerstjens, H., Postma, D., & Sluiter, H. (1993). Quality-of-life in a long-term multicentre trial in chronic nonspecific lung disease: assessment at baseline. *European Respiratory Society*, 6(10), 147-1484.
- Kline, R. B. (2004). *Principles and practice of structural equation modeling* (2^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Klennert, M., Kaugars, A., Strand, M., & Silveira, L. (2008). Family Psychological Factors in Relation to Children's Asthma Status and Behavioral Adjustment at Age 4. *Family Process*, 47(1), 41-62.
- Lewandowska, K., Specjalski, K., Jassem, E., & Stomiński, J. M. (2009). Styles of coping with stress and emotional functioning in patients with asthma. *Pneumonologia i alergologia polska*, 77(1), 31-36.

- Lewis, R., & Frydenberg, E. (2002). Concomitants of failure to cope: What we should teach adolescents about coping. *British Journal of Educational Psychology*, 72(3), 419-431. doi: 10.1348/000709902320634483
- Liberato, R. P., & Macieira, R. C. (2008). Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In V. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 414-431). São Paulo, SP: Summus.
- Lobo, F. A. (2006). Qualidade de vida dos doentes com asma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22(6), 671-687.
- Lopes, I., Delgado, L., & Ferreira, P. L. (2008). Asma Brônquica Pediátrica. Conhecimentos do doente e família. *Revista Portuguesa Imunoalergologia*, 16(3), 241-262.
- Macedo, E.D.C. (2013). *Qualidade de vida e Doença Mental* (Dissertação de doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Acedido em <https://ria.ua.pt/handle/10773/11531>
- Macedo, S. C., Menezes, A. B., Knorst, M., Dias-da-Costa, J. S., Gigante, D. P., Olinto, M. A., & Fiss, E. (abril de 2007). Fatores de risco para a asma em adultos, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 863-874. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400014>
- Mäkinen, S., Suominen, T., & Lauri, S. (2000). Self-care in adults with asthma: how they cope. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 557-565. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00429.x>
- Malo, J.-L., Boulet, L.-P., Dewitte, J.-D., Cartier, A., L'Archevêque, J., Côté, J., . . . Guyatt, G. H. (1993). Quality of life of subjects with occupational asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 91(6), 1121-1127.
- IBLIOGRAPHY Malta, D. C., Bernal, R. T., Lima, M. G., Araújo, S. S., Silva, M. M., Freitas, M. d., & Barros, M. d. (4 de janeiro de 2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
- Marks, G. B., Dunn, S. M., & Woolcock, A. J. (1991). A scale for assessing quality of life in adult asthma sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(1), 99-110. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(91\)90011-C](https://doi.org/10.1016/0022-3999(91)90011-C)

- Marks, G. B., Dunn, S. M., & Woolcock, A. J. (1992). A Scale for the Measurement of Quality of Life in Adults with Asthma. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(5), 461-472.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa, Portugal: ReportNumber.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios edições.
- Martins, C. d. (03 de abril de 2007). *Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos*. Obtido em 28 de novembro de 2018, de <http://www.psicologia.pt/>: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0339.pdf>
- Martins, L. M., França, A. P., & Kimura, M. (1996). Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(3), 5-18.
- Martins, S., Simões, M., & Fernandes, L. (2012). P-1031 - Coping strategies, anxiety and control of disease in asthmatic patients. *European Psychiatry Importada do Authenticus*, 27(1), 1. doi:[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75198-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75198-2)
- Mattes, J., & Karmaus, W. (1999). The use of antibiotics in the first year of life and development of asthma: Which comes first?. *Clinical and Experimental Allergy*, 29(6), 729-732.
- Matos, A. S., & Machado, A. C. (abril-junho de 2007). Influência das Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 139-148. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000200004>
- Milam, J., McConnell, R., Yao, L., Berhane, K., Jerrett, M., & Richardson, J. (2008). Parental Stress and Childhood Wheeze in a Prospective Cohort Study. *Journal of Asthma*, 45(4), 319-323. doi: 10.1080/02770900801930277
- Minayo, M. d., Hartz, Z. d., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
- Nascimento, D. d., Tibana, R. A., de Melo, G. F., & Prestes, J. (2015). Testes de Normalidade em Análises Estatísticas: uma orientação para praticantes em Ciências da Saúde e Atividade Física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 14(2), 73-77.
- Nia, M. E., Aliloo, M. M., & Ansarin, K. (março de 2010). The role of stress and coping strategies in the emergence of asthma, and the moderating effects of gender in this

illness. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 910-914.
doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.209

Nogueira, K. T. (2006). Importância do estudo de qualidade de vida na asma: visão global de uma doença crônica. *Revista Adolescência e Saúde*, 3(1), 1-4.

Nogueira, K. T., Silva, J. L., & Lopes, C. S. (2009). Quality of life of asthmatic adolescents: Quality of life of asthmatic adolescents:. *Jornal de Pediatria*, 85(6), 523-530.
doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000600009

O'Connor, R., Martynenko, M., Gagnon, M., Hauser, D., Young, E., Lurio, J., . . . Federman, A. D. (17 de junho de 2016). A Qualitative Investigation of the Impact of Asthma and Self-management Strategies among Older Adults. *Journal of Asthma*, 54(1), 39-45.
doi:10.1080/02770903.2016.1193602

Oliveira, D.G.F. (2009). Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/3423/1/TEGI0251.pdf>

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Eds.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso

Pais Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Coppe. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Crows Nest: Allen & Unwin.

Patrão, I. (2008). *O Ciclo Psico-oncológico do cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: ISPA.

Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS - Guia Prático de Utilização: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (abril-junho de 2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007

Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.

- Pestana, M. H., & Gagueiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Peterson, L. (1989). Coping by Children Undergoing Stressful Medical Procedures: Some Conceptual, Methodological, and Therapeutic Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 380-387. doi:10.1037/0022-006X.57.3.380
- Platts-Mills, T. A., Blumenthal, K., Perzanowski, M., & Woodfolk, J. A. (2000). Determinants of Clinical Allergic Disease: The Relevance of Indoor Allergens to the Increase in Asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162, 128-133.
- Popa-Velea, O., & Duma, A. (2006). Psychological Factors Influencing Therapeutic Adherence in Asthma. *Cognition, Brain, Behavior*, X(1), 113-131.
- Praça, M.I.F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes/Nordeste* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Braga, Braga, Portugal. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/10249>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. (2013)
- Ribeiro, J. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191.
- Ribeiro, P. C. (outubro de 2008). A Espiritualidade no Doente Crónico como uma Estratégia de Coping: Narrativa de uma História de Vida. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 21-31.
- Roncada, C., Dias, C. P., Goecks, S., Cidade, S. F., & Pitrez, P. C. (9 de junho de 2015). Valor do emprego do questionário WHOQOL-BREF na avaliação da qualidade de vida de pais de crianças com asma. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(3), 267-273. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.01.007
- Ryan-Wegner, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256-263.
- Sales, G. P., & Ferreira, T. F. (2011). Aplicação do questionário "WHOQOL-Bref" para avaliação da qualidade de vida nos participantes do projeto de Promoção em Saúde Corra pela Vida de São Roque do Canaã/ES. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 5(28), 366-374.
- Santos, K. (2012). Asma e Psicologia: O Papel do Psicólogo. *Polêmica*, 11(1), 125-129. doi: <https://doi.org/10.12957/polemica.2012.2998>

- Santos, M. C. (2005). Adesão em Pediatria - do Modelo Biomédico ao Modelo Transaccional: Contribuições para a Intervenção dos Profissionais de Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 145-156.
- Santos, R., & Pereira, J. (2008). O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (1), 25-37.
- Sapata, A.F.R. (2012). Stress e Estratégias de Coping em Enfermeiros: Estudo comparativo entre Portugal e Espanha (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal. Acedido em <http://recil.ulusofona.pt/handle/10437/3489>
- Schmier, J. K., Chan, K. S., & Leidy, N. K. (1998). The Impact of Asthma on Health-Related. *Journal of Asthma Quality of Life*, 35(7), 585-597.
- Seidl, E. F., & Zannon, C. L. (março-abril de 2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., . . . , Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Serviço Nacional de Saúde (2010). Doenças crónicas. Acedido Setembro 4, 2018, em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/Paginas/Doen%C3%A7asCronicas.aspx>.
- Sexton, D., Stephanie, R., Calcasola, S., Bottomley, S., & Funk, M. (1999). Adults' experience with asthma and their reported uncertainty and coping strategies. *Clinical Nurse Specialist*, 13(1), 8-14.
- Shiue, I. (2013). Associated social factors of prevalent asthma in adults and the very old in the UK. *European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 68(3), 392-396. doi:<https://doi.org/10.1111/all.12091>
- Silva, B. R. (2017). Estratégias de *coping*, Adesão ao tratamento e Qualidade de vida em jovens adultos e adultos com condições crónicas de saúde (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal. Acedido em <http://recil.ulusofona.pt/handle/10437/7905>

- Silva, C. M. (2015). *Percepção de Sintomas e de Gravidade, Qualidade de Vida e Gestão Familiar da Asma Pediátrica: Caracterização e Intervenção* (Tese de Doutoramento). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Silva, M. G. N., Naspitz, C. K., & Solé, D. (2000). Qualidade de vida nas doenças alérgicas: Por que é importante avaliar? *Revista Brasileira de Alergia e Immunopatologia*. Recuperado em <http://www.asbai.org.br/revistas/Vol236/qual.htm>
- Silver, E.J., Westbrook, L.E., & Stein, R.E. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(1), 5-15.
- Sousa, J. C., Pina, A., Cruz, A., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J., . . . Yaphe, J. (2013). Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 181-187. doi:10.4104/pcrj.2013.00037
- Sousa, M. G., Landeiro, M. L., Pires, R., & Santos, C. (julho de 2011). Coping e adesão ao regime terapêutic. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4), 151-160.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103. doi:https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Stucky, B. D., Edelen, M. O., Sherbourne, C. D., Eberhart, N. K., & Lara, M. (2014). Developing an item bank and short forms that assess the impact of asthma on quality of life. *Respiratory Medicine*, 108, 252-263. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.12.008>
- Sundberg, R., Palmqvist, M., Tunsäter, A., & Torén, K. (2009). Health-related quality of life in young adults with asthma. *Respiratory Medicine*, 103(10), 1580-1585. doi:10.1016/j.rmed.2009.04.023
- Szynkiewicz, E., Filanowicz, M., Graczyk, M., Cegła, B., Jabłońska, R., Napiórkowska-Baran, K., & Bartuzi, Z. (27 de agosto de 2013). Analysis of the impact of selected socio-demographic factors on quality of life of asthma patients. *Postępy Dermatologii i Alergologii/Advances in Dermatology and Allergology Supplement*, 30(4), 218-225. doi:10.5114/pdia.2013.37031
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd

- Van De Ven, M. O., Engels, R. C., Sawyer, S. M., Otten, R., & Van Den Eijnden, R. J. (2007). The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma. *Quality of Life Research*, 16(4), 625-634. doi:10.1007/s11136-006-9146-4
- Veit, C., & Castro, E., (2013). *Coping* religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura: *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 1- 22.
- Vieira, A. A., Santoro, I. L., Dracoulakis, S., Caetano, L. B., & Fernandes, A. G. (2011). Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 13-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000100004>.
- Vieira, M. A., & Lima, R. A. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 552-560.
- Vinnacia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicossociales asociados com la calidad de vida de personas com enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicologia*, 1(2), 125-137.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wilson, G. S., Pritchard, M. E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28(3), 369-79. doi:10.1016/j.adolescence.2004.08.004
- Wood, B. L., Miller, B. D., & Lehman, H. K. (2015). Review of Family Relational Stress and Pediatric Asthma: The Value of Biopsychosocial Systemic Models. *Family Process* 54, 376-389.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. doi: 10.1177/0165025410384923

