



UC/FPCE\_2008

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Qualidade de vida e estratégias de *coping* em famílias com crianças asmáticas em idade escolar**

Ana Patrícia Leandro Passarinho (lunapatricia16@gmail.com)

Dissertação de Mestrado na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da Professora Doutora Isabel Alberto

## **Qualidade de vida e estratégias de *coping* em famílias com crianças asmáticas em idade escolar**

*Resumo:* Este estudo foi realizado para analisar se o índice da qualidade de vida e as estratégias de *coping* diferem entre famílias com crianças em idade escolar com asma (grupo 1) e famílias com crianças em idade escolar sem asma (grupo 2). A amostra clínica (grupo 1, com N=34) foi recolhida a partir de um Centro de Saúde de Coimbra, enquanto a amostra do grupo de controlo (grupo 2, N=21) foi recolhida junto da população geral. Neste estudo utilizou-se o Inventário Qualidade de Vida – Versão Parental (QV) (Olson & Barnes, 1982) e as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES) (McCubbin, Larsen, & Olson, 1981). As conclusões remetem para uma satisfação com a saúde inferior no grupo de famílias com um elemento asmático em relação ao grupo de controlo. Nos outros factores não detectámos diferenças significativas, assim como na escala total. Em relação ao estilo de *coping*, detectámos diferenças entre os grupos, sendo que o grupo de famílias com um filho asmático mostrou uma tendência significativamente superior na utilização das estratégias relacionadas com a aquisição de suporte social e apoio formal, ambas estratégias de *coping* externas. Nas restantes estratégias não encontramos diferenças de relevo, assim como na escala total.

Palavras-chave: asma, crianças, famílias, qualidade de vida, *coping*.

## **Quality of life and coping on families with asthmatic children in school**

*Abstract:* This study pretend to know if quality of life and *coping* are different on families with asthmatic children on school (group 1) and families with children in school without this chronic disease (group 2). The clinic sample (group 1, with N=34) was taken on a Health Centre in Coimbra and the control sample (group 2, with N=21) was taken among general population. In this study we use the Inventory of Quality of Life – Parental Version (QV) (Olson & Barnes, 1982) and the Scale of Personal Evaluation on Family Crises (F-COPES) (McCubbin, Larsen, & Olson, 1981). We found a difference between satisfaction with health. The group with an asthmatic child has a lower satisfaction comparing to the control group. On the other factors we did not find significant differences, as well at the full scale. Regarding the style of coping, we found differences between groups, with the group of families with an asthmatic child to use significantly higher strategies related to the acquisition of social support and formal support, both external strategies for coping. In other strategies we do not find differences of relevance, as well at the full scale.

Key Words: asthma, children, families, quality of life, *coping*.

## **Agradecimentos**

Este projecto foi realizado com uma imensa força de vontade, uma boa dose de resiliência e com o apoio de todos aqueles que estiveram a meu lado ao longo destes 5 anos.

Agradeço aos meus pais, à Tia Cris e ao Bruninho pela presença e apoio constantes e por acreditarem sempre que eu era capaz de ir longe. Agradeço igualmente aos meus avós, Ernesto e Fatinha, por terem olhado por mim, mesmo do lado de lá.

Agradeço também às minhas colegas e amigas Dora, Andreia e Marta por terem sido tão boas companhias ao longo destes anos.

Agradeço também ao Mário, alguém que deu força nesta fase tão importante da minha vida e que aturou com paciência todas as minhas birras.

Agradeço finalmente às professoras que marcaram o meu curso e que me abriram as portas para a sabedoria do “Mundo Sistémico”: Doutora Ana Paula Relvas, Doutora Madalena Lourenço e Doutora Madalena Alarcão, sem esquecer as minhas queridas orientadoras, a Dr.<sup>a</sup> Anísia Costa e a Doutora Isabel Alberto, com quem tanto aprendi com a “palmada sistémica”.

## **Índice**

Resumo	
Introdução	1
1. Enquadramento conceptual	1
2. Objectivos	11
3. Metodologia	13
3.1. Amostra	13
3.2. Instrumentos	17
3.2.1. Questionário sócio-demográfico	17
3.2.2. Ficha de dados complementares	17
3.2.3. Inventário Qualidade de Vida - Versão Parental (QV)	18
3.2.4. Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES)	22
3.3. Procedimentos	25
4. Resultados	26
5. Discussão	40
6. Conclusões	43
Bibliografia	44
Anexos	

## Introdução

Este estudo insere-se num projecto de investigação mais vasto sobre *stress*, *coping* e qualidade de vida familiares, na área de Psicologia Clínica Sistémica, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Neste estudo em particular, pretendeu-se verificar se existem diferenças ao nível da qualidade de vida e estratégias de *coping* em famílias com filhos em idade escolar com asma e família com filhos sem esta doença crónica. Estes constructos foram medidos numa dimensão familiar, embora os grupos se refiram aos sujeitos respondentes. Assim, utilizou-se o Inventário Qualidade de Vida – Versão Parental (QV) (Olson & Barnes, 1982) e as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES) (Olson, Larsen & McCubbin, 1981) para perceber a existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

## I – Enquadramento conceptual

A **asma** constitui um importante problema de saúde pública, uma vez que se trata de uma das doenças crónicas mais frequentes na criança e no jovem (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001). Tattersfield, Knox, Britton e Hall (2002) vão mais longe ao afirmar que é a doença mais comum na infância. Segundo a Comissão de Coordenação do Programa da Asma (2001, p.8), “a asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que, em indivíduos susceptíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse, particularmente no período nocturno ou no início da manhã, sintomas estes que estão geralmente associados a uma obstrução generalizada, mas variável, das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através do tratamento”.

Em relação à **etiologia** desta doença, tendo em conta que é uma entidade multifactorial, o maior desafio está em identificar como as predisposições individuais interagem com os factores ambientais (Tattersfield, Knox, Britton, & Hall, 2002). A nível genético, a existência de antecedentes familiares de asma, nomeadamente parentais, é consensualmente aceite por vários autores como factor de risco para o aparecimento de sintomatologia respiratória na criança, especialmente quando se trata de asma materna (Morais de Almeida *et al.*, 2004). Também se deve ter em conta a predisposição para a atopia e para a hiperreactividade brônquica (Global Initiative for Asthma [GINA], 2007). Em relação aos factores ambientais, o factor desencadeante mais importante remete para as causas alérgicas, sob a forma de ácaros do pó da casa, poléns, alimentos, pêlos dos animais domésticos, baratas e fungos. Também pode advir de causas infecciosas, químicas ou irritantes como a poluição, os insecticidas, os detergentes e o fumo do tabaco. O esforço e as emoções são

igualmente passíveis de desencadear ou agravar uma crise asmática (Falcão, 2007; GINA, 2007; Morgado, Pires, & Pinto, 2000) e têm um papel importante no desencadeamento, evolução, manutenção e recuperação das crises asmáticas (Maestre, Ruiz & Rubiol, 2005). Ferreira, Duarte e Carvalho (2007) apontam os factores ambientais como prováveis responsáveis pelo incremento da prevalência da asma ao longo do tempo.

Actualmente, estima-se que 300 milhões de pessoas no mundo sofram de asma (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008; Falcão, 2007; GINA, 2007). No que diz respeito à Europa, a **prevalência** de asma diagnosticada foi registada como sendo de 10,9% no Reino Unido, de 3,9% na Alemanha, de 6,2% na França e de 4,7% na Itália (Ferreira, Duarte, & Carvalho, 2007). Em Portugal, a prevalência média da asma atinge mais de 11% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no grupo etário dos 13-14 anos e 5,2% no grupo dos 20-44 anos, estimando-se que existam mais de 600.000 doentes (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2002). Em relação à **incidência**, os rapazes têm o dobro da probabilidade de virem a sofrer de asma (Alarcão, 1991; Falcão, 2007). Isto no que toca à infância, já que na idade adulta a diferença entre homens e mulheres tem tendência a atenuar-se (GINA, 2007).

Face ao poliformismo clínico e à plurideterminação etiológica da síndrome, o **diagnóstico** precoce e correcto da asma não é fácil de realizar. Este diagnóstico comporta habitualmente três etapas, que se reportam à elaboração da anamnese, à realização do exame clínico e à execução de provas complementares. Na anamnese, procura-se fazer a identificação psicossocial da criança e da família, tendo em conta as características do desenvolvimento precoce (Alarcão, 1991). Nesta fase, o clínico está atento à presença de potenciais factores de risco frequentemente associados à asma, tais como história familiar prévia de asma ou alergia, exposição peri-natal ao fumo do tabaco, infecção viral respiratória, factor sexo (especialmente masculino) e peso abaixo do ideal aquando o nascimento (Kemp & Kemp, 2001). Também se pesquisam dados relativos à ocorrência das crises, tendo em conta a sua frequência e intensidade, assim como os sintomas mais frequentes (Moreno, 2002). Já avaliação médica pressupõe a realização de um exame respiratório, um exame otorrinolaringológico e um exame geral. O leque de provas complementares pode passar pela exploração funcional respiratória, pelos testes imuno-alergológicos, etc. (Alarcão, 1991). Também devemos ter em conta a limitação reversível e variável do fluxo aéreo, através de medições do *Peak Expiratory Flow* – PEF (Débito Expiratório Máximo Instantâneo) (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001). As provas complementares permitem assim fazer o diagnóstico diferencial em relação a outras patologias semelhantes, pois os sintomas inerentes à asma são comuns a outras patologias da infância (Moreno, 2002).

Assim, na elaboração do diagnóstico, é necessário ter atenção à sintomatologia que, no caso da asma, é difícil de diagnosticar, pois o

doente pode ter fases em que não tem sintomas e, se for avaliado pelo seu médico nesse período, não há sinais para detectar a doença (Falcão, 2007). Por outro lado, o diagnóstico de asma em crianças com 5 anos ou menos é particularmente difícil, principalmente porque sintomas como tosse e pieira são comuns em crianças sem asma, especialmente até aos 3 anos (GINA, 2007). É consensual que os sintomas possam iniciar-se em qualquer idade, mas 80 a 90% das crianças manifestam os primeiros sintomas antes dos 4/5 anos de idade (Moreno, 2002).

Deste modo, o diagnóstico clínico de asma deve ser elaborado na presença de qualquer um dos seguintes sintomas: pieira (mais de uma vez por mês); tosse com agravamento nocturno; dificuldade respiratória recorrente; aperto torácico recorrente (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001; GINA, 2007); dispneia e obstrução das vias aéreas (Tattersfield, Knox, Britton & Hall, 2002). Já que não existe uma definição clara do fenótipo da asma, os investigadores que estudam esta doença crónica delinearam algumas características que podem ser medidas objectivamente como: atopia (com manifestação positiva em testes cutâneos a diferentes alérgenos); aumento da hiperreactividade brônquica (com estreitamento das vias respiratórias na presença de estímulos que não provocam resposta na população normal) e outras medidas de sensibilização alérgica (GINA, 2007). Face a estes sintomas, podemos caracterizar as exacerbações da asma (episódios de asma aguda) como episódios de aumento progressivo de falta de ar, tosse, pieira e aperto torácico ou uma combinação deles (GINA, 2007). É preciso ter em conta que os sintomas podem desaparecer espontaneamente ou após tratamento, variando não só de pessoa para pessoa como na mesma pessoa ao longo do tempo (Falcão, 2007; Maestre, Ruiz & Rubiol, 2005).

Considerando a **classificação etiológica**, embora não seja consensual, geralmente distingue-se em dois grupos: a) a asma extrínseca, imuno-alérgica ou atópica e, b) asma intrínseca, não atópica, idiossincrática ou infecciosa. A asma extrínseca<sup>1</sup> é a forma mais comum nas crianças, alicerçando-se num terreno atópico prévio e num mecanismo patogénico mediado pela intervenção de anticorpos reagínicos do tipo IgE, o que se evidencia em provas cutâneas e/ou de provocação. Já asma intrínseca agrupa os casos em que não se detectaram mecanismos imunológicos primários nem história familiar ou individual prévia. Nestes casos, as provas alérgicas cutâneas aos alérgenos habituais são negativas. Surge em idades mais avançadas e é de pior prognóstico (Cordeiro, 1995). Outro dado a salientar tem a ver com o **nível da gravidade** da asma que, na sua tipologia, considera os sintomas diurnos e nocturnos (em termos de número e intensidade), as medições do *Peak Expiratory Flow* – PEF (Débito

---

<sup>1</sup> Sempre que nos referirmos a asma ao longo deste trabalho, remetemos para o primeiro tipo.

Expiratório Máximo Instantâneo), assim como a função pulmonar e a medicação necessária para manter o asmático estável (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001; Moreno, 2002). A partir dessa caracterização, temos as seguintes categorias para o diagnóstico clínico, partindo do nível mais ligeiro para o mais severo: asma intermitente; asma persistente ligeira; asma persistente moderada e asma persistente grave (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001). Após o diagnóstico de asma, é preciso garantir o acesso do asmático ao tratamento. Deste modo, pretende-se prevenir a sintomatologia diurna e noturna, bem como evitar as exacerbações, possibilitando aos doentes uma vida activa normal (Almeida *et al.*, 2001; Falcão, 2007), minimizando os custos da doença a nível individual e social (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001).

Dada a necessidade do doente asmático, e da sua família, se habituarem à presença da doença crónica, a asma passou a ser um campo de estudo não apenas da Medicina como também da Psicologia. Deste modo, para além dos aspectos médicos, os aspectos psicológicos em torno da doença ganharam outras expressões. Creer (1983, cit. *in* Machado, 2003) refere que a obstrução brônquica, que caracteriza as crises de asma, combina um conjunto de fenómenos físicos que, possivelmente, se associam a uma forte componente psicológica, determinante quer na precipitação das crises, quer no seu agravamento da doença. Podemos também supor a existência de uma relação circular entre as variáveis psicológicas e a presença de asma, onde cada uma delas pode actuar como causa e consequência, concomitante ou sucessivamente, ao longo da vida do asmático (Maestre, Ruiz & Rubiol, 2005). Esse componente psicológico e o seu mecanismo de funcionamento são explicados a partir de vários modelos. Aqui, em concreto, abordaremos o Modelo Psicodinâmico e o Modelo Sistémico.

No **Modelo Psicodinâmico**, a relação mãe-criança é um dos objectos de estudo mais abordados (Alarcão, 1991). Essa relação ainda assume um maior relevo quando um dos membros, nomeadamente a criança, é portador de uma doença crónica. Esse facto pode despertar nas crianças e nas suas famílias um sentimento de vulnerabilidade e *stress* emocional (Maestre, Ruiz & Rubiol, 2005). Face a esta doença, a criança asmática desenvolve, frequentemente, relações de grande dependência dos pais, sobretudo da mãe, existindo, simultaneamente, uma superprotecção materna (Falcão, 2007). Esta superprotecção acaba por se reflectir na criança, com atraso na aquisição da autonomia, diminuição significativa das suas competências sociais e aumento da dependência familiar (Vasquez & Buceta, 1996). Face a esta dependência, as crises ocorrem, na sua maioria, no período nocturno, em que a criança reforça as manifestações sintomáticas como forma de obter atenção e cuidados maternos (Florin *et al.*, 1985, cit. *in* Alarcão, 1991). Uma possível



explicação para a maior ocorrência das crises no período nocturno tem que vem com a “forte dependência e superprotecção que sustentam a ligação simbiótica/emaranhada mãe-criança e que mantém uma angústia primária relativa ao medo da perda, do abandono, que o deitar reactualiza, pela separação física da figura materna” (Alarcão, 1991, p. 57). Contudo, a literatura mais recente duvida da replicabilidade destes estudos e da relação entre patologia materna e sintomatologia infantil (Mailick, Holden & Walther, 1994). No mesmo sentido, Creer e Stephtoe (1978; 1984, cit. in Machado, 2003) defendem que a asma não deveria ser considerada uma doença psicossomática, pois, para eles, os problemas psicológicos nos asmáticos deveriam ser considerados como a consequência de uma doença crónica e não como a causa da mesma.

Por sua vez, o **Modelo Sistémico** também tenta caracterizar a relação entre a criança asmática e os restantes elementos da família. Para este modelo, a asma assume um valor comunicativo nas relações familiares (Alarcão, 1991). A criança passa assim a ter um papel de manutenção dos padrões disfuncionais ao nível da comunicação e resolução de problemas dentro da família, fazendo com que esta fique emaranhada, com dependência entre todos os elementos, do clínico e da própria doença (Alarcão, 1991; Mailick, Holden, & Walther, 1994). Neste sentido, segundo a hipótese estrutural (Minuchin e cols., 1978, cit. in Alarcão, 1991), existe nestas famílias uma configuração familiar particular. O emaranhamento e a grande proximidade e intensidade das interações familiares são características presentes neste tipo de famílias, com repercussões a todos os níveis da estrutura familiar. Pode existir também superprotecção mútua, traduzida por uma elevada preocupação de cada membro em relação à protecção e educação de todos e não apenas face à doença do P.I. A superprotecção pode ser responsável pelo atraso na aquisição da autonomia, competência e interesse por actividades fora do círculo familiar. Pode haver igualmente rigidez, e as famílias rígidas tendem a viver cronicamente em *stress*, dado o défice de mecanismos homeostáticos (Viana, Barbosa, & Guimarães, 2007). Outra característica habitualmente referida é a tendência para o evitamento do conflito, ou seja, a criança acaba por servir de “para-raios” para as tensões emocionais não metabolizadas na família (Alarcão, 1991).

Assim, podemos partir do pressuposto que a presença de uma doença crónica como a asma no subsistema filial pode constituir um factor de *stress*, o que poderá influenciar a percepção da qualidade de vida familiar e as estratégias de *coping* utilizadas pela família.

A **qualidade de vida** é um constructo que surge relacionado com a doença crónica, em particular com a asma. Este é um conceito multidimensional, subjectivo e complexo (Machado, 2003), que pressupõe a satisfação do indivíduo nas diversas áreas da sua vida (Vila *et al.*, 2003), pelo que tem um papel preponderante na saúde

(Machado, 2003), ainda mais quando se trata de doenças crónicas, como é o caso da asma (Scala, Sole, & Naspitz, 2005). Embora a avaliação da qualidade de vida do doente, em particular em doentes crónicos, não seja uma preocupação recente, apenas ultimamente temos vindo a assistir a um aumento da importância atribuída à percepção que o indivíduo possui do seu estado de saúde e doença (Machado, 2003).

Esta é uma doença conhecida por ter um impacto ao nível da qualidade de vida nas crianças asmáticas (Vila *et al.*, 2003). Dado o seu carácter instável, influencia a vida diária e traz consigo enormes limitações que se estendem a vários domínios da qualidade de vida destes indivíduos (Machado, 2003) com restrições físicas, emocionais e sociais (Fernandes & Oliveira, 1997; Machado, 2003). A frequência e severidade das crises, os internamentos hospitalares, os efeitos secundários dos tratamentos, as faltas à escola, as limitações no desporto e nas actividades, a fadiga e as dificuldades no sono afectam directamente a qualidade de vida das crianças (Mrazek, 1992, cit. *in* Vila *et al.*, 2003). Por outro lado, a dificuldade de respirar, a incerteza advinda da intermitência das crises e a variabilidade de estímulos desencadeadores de uma crise asmática podem constituir-se como fontes de ansiedade para a criança asmática. Esses sentimentos advêm de uma percepção de falta de controlo sobre a situação, onde são experienciadas emoções, medos e expectativas que podem induzir mal-estar e *stress* (Marinheiro, 2007; Moreno, 2002).

Uma doença crónica que afecta a criança, afecta inevitavelmente a família enquanto sistema, sendo a família uma entidade distinta da soma dos indivíduos que a compõem. Neste sentido, a avaliação da qualidade de vida da(s) pessoa(s) que acompanham e cuidam da criança faz sentido, “na medida em que a circularidade das relações familiares influencia o funcionamento de todo o sistema e o desenvolvimento das atitudes e dos comportamentos do indivíduo em relação à saúde, agindo sobre a evolução do problema de saúde” (Duhamel, 1995, cit. *in* Marinheiro, 2007, p.79). Deste modo, os cuidadores enfrentam a possibilidade de sofrer um desgaste considerável (Vila *et al.*, 2003), com condicionamentos à sua actividade normal e, portanto, à sua qualidade de vida (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001). A doença crónica acaba assim por provocar uma sobrecarga na vida dos familiares de doentes crónicos, ao tentarem acumular a prestação de cuidados com o trabalho fora de casa (Sousa, Mendes & Relvas, 2007). A doença corre então o risco de constituir-se o centro da vida familiar, provocando mudanças significativas no comportamento e na vida pessoal de todos os seus elementos (Maestre, Ruiz & Rubiol, 2005). Aquando o diagnóstico, podem surgir vários sentimentos no progenitor. O carácter hereditário da doença pode levar ao sentimento de culpa por parte dos pais, por terem transmitido a doença aos seus filhos. Por outro lado, também pode haver distorção das relações familiares, mediante a frustração de ter um filho com uma doença

crónica e a ansiedade que daí advém por não saber lidar com a doença. A imprevisão da ocorrência dos episódios agudos também é uma fonte de *stress*, podendo levar a prejuízos na vida social e familiar (Frota, Martins & Santos, 2008).

Só entrecruzando os conhecimentos de disciplinas como a Psicologia e a Medicina, poderemos atingir um nível de conhecimento mais preciso desta doença e, desta forma, poderemos contribuir efectivamente para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias (Machado, 2003).

Na infância e adolescência, a investigação sobre a qualidade de vida apresenta algumas dificuldades metodológicas (Bender, 1996). Num estudo efectuado por Bender, Lapidus e colaboradores (2001), que tinha como objectivo avaliar a qualidade de vida num grupo de crianças diagnosticadas com asma ligeira e moderada, associada com outras perturbações psicopatológicas, nomeadamente a existência de ansiedade, verificou-se que o grupo com asma moderada apresentava pior qualidade de vida na dimensão “limitações de actividades”. Esse dado é igualmente confirmado por outro estudo (Matos & Machado, 2007) da relação entre a qualidade de vida e a idade, que revelou a existência de uma correlação predominantemente negativa, sendo significativa na dimensão “limitação de actividades”. Face aos resultados encontrados, pode-se concluir que a qualidade de vida na dimensão “limitação de actividades” tende a diminuir à medida que a idade aumenta. À luz destes estudos, é preciso ter em conta que a privação de exercício físico pode ter repercussões negativas no desenvolvimento afectivo e social da criança asmática, sentindo-se esta inferior em relação ao grupo de pares (Moreno, 2002). No mesmo estudo, também foi possível verificar que os indivíduos com asma num nível superior de gravidade (asma persistente severa) apresentavam pior qualidade de vida do que os doentes com asma com um nível inferior de gravidade (ligeira ou persistente ligeira) (Matos & Machado, 2007). Ried, Nau e Rousseau (1999, cit. in Machado, 2003) realizaram uma investigação para avaliar os efeitos da asma moderada e grave na qualidade de vida dos doentes asmáticos, recorrendo para isso ao instrumento “*Short Form Health Survey*” (SF36). Os domínios da percepção da saúde em geral, da saúde emocional e do funcionamento físico eram os que apresentaram diferenças significativas. Os doentes com asma grave apresentavam maior restrição nas actividades físicas e limitações no trabalho.

No que toca à qualidade de vida familiar, num estudo italiano, de Majani *et al* (2005), foi usado o instrumento “*Disease Impact on Caregiver*” (DIOC) com o objectivo de avaliar o impacto nos cuidadores, da presença de doenças respiratórias nos seus filhos. Comparando as famílias com crianças com rinite alérgica, os pais das crianças asmáticas mostraram um maior comprometimento em campos como a resistência ao *stress*, o humor, a estabilidade emocional, a quantidade de tempo livre e actividades de lazer.

Rodrigues-Marin (1995, cit. in Moreno, 2002) refere que a doença crónica na criança pode ser motivo de *stress* e insegurança para os pais e para os outros membros da família, não só pela ambiguidade que caracteriza a doença crónica, mas pelas necessidades especiais que são exigidas aos pais. A doença crónica pode provocar mudanças na estabilidade emocional familiar, ruptura do quotidiano da família e incremento dos níveis de *stress*, o que pode levar ao aparecimento de problemas na dinâmica familiar e à agudização daqueles que existiam antes do aparecimento da doença (Moreno, 2002).

Outra questão relevante remete para a informação dos progenitores acerca da doença dos filhos. Um estudo no Brasil (Frota, Martins & Santos, 2008) acerca dos significados culturais da asma infantil, com origem na mãe-cuidadora, veio revelar falta de conhecimento e de formação por partes das progenitoras e a necessidade de mais informação sobre a doença. De acordo com os relatos maternos obtidos, foram observados modos de cuidar específicos dentro da cultura de cada comunidade perante um problema de saúde nos seus filhos. Torna-se assim necessário realizar um trabalho educativo junto dos pais, com a colaboração dos profissionais de saúde, no sentido da prevenção e da promoção da saúde.

Tendo em conta a literatura consultada, podemos concluir que a maioria dos estudos ainda se foca na dimensão individual da qualidade de vida, descuidando a qualidade familiar, ou seja, o impacto da presença da doença em todos os elementos de casa e a necessidade de maior informação e intervenção junto destes, no sentido de os dotar com mais ferramentas para lidar com a doença.

Para além de ter impacto na qualidade da vida, a presença de uma doença crónica pode constituir-se como uma fonte de *stress* para a família. Normalmente, o *stress* resulta da discrepância entre o que a pessoa julga que lhe é exigido e as competências que julga possuir para lidar com essa exigência (Cardoso, 1999). Este não é um conceito unitário, pelo que envolve factores ambientais, psíquicos e fisiológicos que se interrelacionam de forma complexa (Bennett & Murphy, 1999). Serra (1999) destaca o facto de, normalmente se considerar o *stress* como algo negativo, mas a verdade é que nem sempre ele é prejudicial.

No caso de aparecimento de doença crónica num membro da família, a família tem de reorganizar os seus padrões transaccionais para poder responder funcionalmente ao *stress* provocado por estas situações (Alarcão, 2006). Para isso, recorre ao *coping*, ou seja, a estratégias para lidar com as ocorrências que induzem *stress* (Serra, 1999). Estas estratégias permitem à família adaptar-se a circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998) e, para serem eficientes, terão de permitir ao indivíduo viver com o *stress*, sem que daí resulte algum dano significativo (Lazarus & Lazarus, 2006). Os

determinantes do comportamento de *coping* são complexos, porém, devemos ter em conta a importância de factores como as circunstâncias, a personalidade do indivíduo, a cultura e as opções disponíveis (Monat & Lazarus, 1985). Importa acrescentar que, o recurso ou não a estratégias de *coping* e o tipo de estratégias utilizadas, estão dependentes do significado pessoal que o indivíduo atribui pela avaliação que faz do que lhe está a acontecer (Serra, 1999). A nível familiar, o *coping* é, necessariamente, mais complexo, já que exige que se lide em simultâneo com diversas dimensões da vida familiar (Olson & DeFrain, 2003). Boss (1988, cit. in Olson & DeFrain, 2003) define *coping* familiar como a capacidade que a família (enquanto unidade) tem para lidar com um situação geradora de *stress* sem consequências prejudiciais para qualquer elemento daquela família. Para lidar com o *stress*, o sistema familiar utiliza processos cognitivos, afectivos e comportamentais e vai criando e modificando as estratégias de *coping* em função do elemento gerador de *stress*, já que o que poderá ser eficaz num momento e num processo, poderá não ser noutro, o que torna complexo definir o que poderá ser *coping* de sucesso (Olson, McCubbin & colaboradores, 1983).

Dentro deste construto complexo, Olson, McCubbin e colaboradores (1983) agregaram em dois grupos as estratégias de *coping*: a) estratégias internas de *coping* e b) estratégias externas de *coping*. Dentro do primeiro grupo temos o *reenquadramento*, que se caracteriza por uma atitude activa que encara a situação geradora de *stress* como um obstáculo a transpor e a avaliação *passiva*, que se caracteriza por uma atitude passiva baseada na crença de que com o tempo o problema irá resolver-me, pelo que é uma forma de evitar dar resposta ao obstáculo. No segundo grupo, temos o *apoio espiritual*, que se concretiza na busca de aconselhamento em actividades religiosas, a *aquisição de suporte social*, em que a família ou indivíduo recorre ao apoio de elementos da família alargada, amigos ou vizinhos que prestam um apoio informal e, por fim, a *mobilização de apoios formais*, que diz respeito à busca de recursos técnico-profissionais, o que parece fundamental para famílias que experienciam longos períodos de *stress*.

Olson, McCubbin e colaboradores (1983) analisaram as estratégias mais utilizadas nas famílias ao longo do ciclo familiar, utilizando para isso o “*Family crisis oriented personal evaluation scale*” (F-COPES), desenvolvido por, Olson, Larsen & McCubbin 1981. Considerando sete fases no ciclo vital da família: 1) Casal sem filhos, 2) Família com filhos pequenos, 3) Famílias com filhos em idade escolar, 4) Família com filhos adolescentes, 5) Família lançadora, 6) Ninho Vazio e 7) Família na reforma), os autores chegaram a várias conclusões. As estratégias de *coping* utilizadas variam ao longo do ciclo vital da família, porém, a o *reenquadramento* parece ser a estratégia de *coping* usada mais habitualmente em todas as fases. Por outro lado, a estratégia *avaliação*

*passiva* parece ser a menos utilizada nas fases iniciais do ciclo vital familiar, em comparação com as fases tardias. O *apoio espiritual*, por sua vez, é a estratégia frequentemente utilizada por casais mais idosos. Relativamente à estratégia de *aquisição de suporte social*, os autores observam um declínio que se inicia na fase de família com filhos em idade pré-escolar (fase 2) e das crianças em idade escolar (fase 3), atingindo o valor mais baixo na fase de lançamento, voltando a aumentar durante as duas fases finais do ciclo de vida familiar. Isto parece indicar que, com pelo menos três elementos, as estratégias de *aquisição de suporte social* são menos utilizadas do que quando o número de elementos é menor, ou seja, na primeira e nas duas últimas fases do ciclo vital. A mobilização de *apoios formais* é uma estratégia utilizada com mais frequência também nas duas últimas fases do ciclo de vida familiar, o que os autores atribuem ao facto de ser uma fase onde as preocupações com a saúde aumentam.

Face ao diagnóstico de uma doença crónica como a asma, é necessário que a criança e a própria família se adaptem à presença da doença crónica no seu quotidiano. A doença asmática torna-se então um desafio diário à capacidade de adaptação destes doentes, exigindo ajustamentos contínuos no seu funcionamento quotidiano que permitam regular o impacto e o curso da doença (Matos & Machado, 2007). Segundo Rolland (1994; 2003, cit. in Sousa, Mendes & Relvas, 2007), a asma é uma doença “AENF”, ou seja, aguda, episódica, não fatal e não incapacitante. Na fase de crise, a família não sabe como agir (necessita de informação), desconhece os factores de risco e sente culpabilidade (“o que fizemos para isto nos estar a acontecer?”). Na fase crónica teme a ocorrência de novos episódios asmáticos, tenta prevenir potenciais factores de risco, mas já sabe lidar com a situação. Neste caso, a fase terminal não se aplica. Durante esta progressão adaptativa à doença crónica, Austin (cit. in Mailick, Holden & Walther, 1994), propôs quatro estágios: 1) descrença ou negação, mecanismo de defesa contra o impacto repentino da doença; 2) raiva, durante um período em que os pais podem sentir ansiedade, depressão ou culpa; 3) desmistificação, quando os pais procuram activamente informação sobre a doença dos filhos; nesta fase é experienciada uma diminuição da ansiedade e da culpa e é restabelecido o sentido de controlo, desenvolvendo-se estratégias de resolução de problemas; e 4) são desenvolvidos os mecanismos de *coping* para lidar e aceitar a doença. Por sua vez, Stein and Jessop (1985, cit. in Mailick, Holden & Walther, 1994), focando-se nas famílias com um elemento portador de doença crónica, identificaram quatro domínios de encargo: (1) dificuldades económicas; (2) isolamento familiar e social; (3) exigência pessoal; (4) estratégias para lidar com a doença. O primeiro domínio remete para como a asma da criança afecta o estatuto económico da família e os seus recursos, exigindo gastos a nível médico e da medicação. No segundo domínio, o isolamento é definido como o grau de afastamento que se proporciona entre os elementos e

os amigos e que é atribuível à doença, incluindo dispor de menos tempo para os amigos, ter algumas limitações nas deslocações, etc. Já o terceiro factor remete para o *stress* que a doença acarreta para o cuidador, que pode sentir-se fatigado e exausto. Por fim, o último factor diz respeito às estratégias que são necessárias desenvolver para lidar com a doença.

Num estudo para validar o protocolo de Avaliação Familiar Sistémica (AFS), com famílias de crianças asmáticas e famílias “saudáveis”, foi possível chegar à conclusão que existem, entre estas famílias, diferenças em todas as dimensões do instrumento. As dimensões mais afectadas nas famílias de crianças asmáticas foram o processo de individuação familiar, conflitos, integração familiar e coesão, papéis e qualidade da liderança dentro da família (Peçanha & Lacharité, 2007). Assim, os resultados apontam para um processo circular em que o sintoma (asma) é simultaneamente a estratégia adaptativa individual e a estratégia de *coping* da família. Deste modo, a doença crónica pode ser a função da “família disfuncional” ou a “família disfuncional” pode ser a função da doença crónica, pelo que esta questão assume aqui uma causalidade circular (Peçanha & Lacharité, 2007).

Apesar do tema da doença crónica e das estratégias de *coping* necessárias para lidar com a sua presença serem um tema comum, verifica-se ainda uma limitação em relação à adaptação a cada doença em particular, focando-se os estudos na doença crónica em geral. Outro dado relevante remete para uma maior literatura focada nas doenças crónicas com maior probabilidade de serem fatais do que estudos com doenças a que a fatalidade não está geralmente associada, como é o caso da asma.

## II – Objectivos

Com este estudo, pretende-se perceber as diferenças entre as famílias com crianças em idade escolar diagnosticadas com asma (grupo 1) e famílias com crianças em idade escolar sem esta doença crónica (grupo 2), ao nível da qualidade de vida e das estratégias *coping*, numa dimensão familiar.

Pretendemos comparar os dois grupos no que diz respeito à qualidade de vida, medida pelo Inventário Qualidade de Vida – Versão Parental (QV) (Olson & Barnes, 1982, cit. in Olson, McCubbin e colaboradores, 1985), considerando o género e o nível sócio-económico dos respondentes.

**Hipótese 1:** No que concerne à relação asma – qualidade de vida, esperamos que a percepção do índice de qualidade de vida das famílias com um filho portador de asma seja significativamente inferior em relação às famílias sem a presença desta doença crónica.

Partimos deste pressuposto tendo em conta que a doença crónica faz com que a família viva durante anos (por vezes, para o resto da vida) com este elemento, portanto esta tem de ser encarada como algo que acontece à e na família, afectando o seu funcionamento familiar (Sousa, Mendes & Relvas, 2007). Por essas razões, os cuidadores poderão ficar sujeitos a condicionamentos à sua actividade normal e, portanto, à sua qualidade de vida (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001). Deste modo, esperamos uma influência negativa, resultante da presença da doença crónica, na percepção da qualidade de vida das famílias com um elemento doente crónico.

**Hipótese 2:** Do total de 11 factores que integram o Inventário Qualidade de Vida, tendo em conta a sua validação, esperamos, particularmente, que na percepção do factor *saúde* hajam diferenças significativas entre os dois grupos, sendo o índice de satisfação inferior no grupo de famílias com um elemento asmático em relação às famílias sem doença crónica no elemento filial.

Pelo facto da doença crónica se constituir como uma sobrecarga na vida dos familiares de doentes crónicos (Sousa, Mendes & Relvas), partimos do pressuposto que pode afectar de forma negativa o seu estado de saúde a nível físico e psicológico do(s) cuidador(es), pelo que esperamos que isso se reflita negativamente na satisfação com a saúde. Por outro lado, o facto da doença crónica ter um carácter permanente pode provocar igualmente nos familiares um estado de insatisfação face ao estado de saúde dos outros elementos do agregado.

Pretendemos também comparar os dois grupos no que diz respeito ao estilo de *coping* utilizado, medido pelas “Escala de avaliação pessoal orientadas para a crise em família” (F-COPES) (McCubbin, Larsen & Olson, 1981, cit. in Olson, McCubbin & colaboradores, 1985), considerando o género e o nível sócio-económico dos respondentes.

**Hipótese 3:** No que concerne à relação asma – *coping*, esperamos que hajam diferenças entre os grupos no que respeita à utilização do *coping* interno e do *coping* externo, esperando que o grupo clínico faça mais uso do segundo grupo de estratégias. Colocámos esta hipótese com base nas hipóteses que apresentamos de seguida, no sentido de haverem diferenças nos grupos quanto às estratégias *aquisição de suporte social e mobilização de apoios*



*formais.*

**Hipótese 4:** No que concerne à relação asma – *coping*, esperamos que hajam diferenças significativas entre os grupos em relação à dimensão *aquisição de suporte social*, com o grupo com um elemento asmático a recorrer a esta estratégia de forma significativamente superior face ao grupo de controlo.

A *aquisição de suporte social* remete, segundo Olson, McCubbin e colaboradores (1983), para o apoio informal que a família recorre, em termos de família alargada, amigos e vizinhos. É preciso ter em conta que o modo como a família experiencia a sobrecarga imposta pela doença e a sua capacidade de *coping* são afectadas pela presença e qualidade do suporte social (Mailick, Holden & Walther, 1994). Supõe-se assim que, face à presença de uma doença crónica, a família recorra a este apoio informal como suporte para lidar com a adversidade.

**Hipótese 5:** Ainda no que concerne à relação asma – *coping*, esperamos que hajam diferenças significativas entre os grupos em relação à dimensão *apoio formal*, recorrendo o grupo de famílias com em elemento asmático de forma mais significativa a esta estratégia em relação ao grupo de controlo.

Partimos deste pressuposto tendo em conta que, para alcançar e manter o controlo da asma por períodos longos de tempo, uma das condições passa por desenvolver uma relação entre asmático/cuidador/médico (GINA, 2007). É preciso termos em conta que a maioria das crianças com asma têm-na desde bebé, o que faz com que a cultura médico-hospitalar passasse a fazer parte das suas vidas desde muito cedo, servindo de suporte para as famílias (Goulart & Sperb, 2003). Deste modo, supõe-se que as famílias com um elemento asmático recorram mais frequentemente aos serviços de saúde/instituições do que as famílias consideradas “saudáveis”.

### III – Metodologia

#### 3.1. Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi recolhida no âmbito de um projecto de investigação mais vasto sobre *stress*, *coping* e qualidade de vida familiares. No que diz respeito a este trabalho em particular, restringimos a amostra a dois grupos específicos: a) grupo 1 – famílias com filhos asmáticos em idade escolar (N=31) e b) grupo 2 – famílias com filhos sem esta doença crónica (N=21). Iremos então caracterizar a amostra geral, a amostra de controlo e a amostra clínica, para a qual nos baseamos para o nosso estudo. Todos os procedimentos

estatísticos apresentados de seguida foram elaborados a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 15.0 for Windows - 2006).

No que diz respeito à **amostra geral**, obtivemos um total de 507 respondentes. Estes sujeitos responderam, para além do questionário demográfico e da ficha de dados complementares, a três instrumentos: ao Inventário Qualidade de Vida – Versão Parental ou Versão Adolescentes (Olson & Barnes, 1982), ao Inventário Familiar de Eventos e Mudanças de Vida (McCubbin, Patterson & Wilson, 1981) e às Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (Olson, McCubbin & Larsen, 1981). No estudo aqui em questão, reportamo-nos apenas ao primeiro instrumento (versão parental) e ao último.

Do total de 507 respondentes, 161 são do sexo masculino (31,8%) e 346 do sexo feminino (68,2%). Apenas 8 sujeitos (1,6%) são de outra nacionalidade, sendo a maioria (98,4%) de nacionalidade portuguesa. As suas idades variam entre os 12 e os 88 anos ( $M=40,67$ ;  $SD=17,218$ ). No que respeita ao estado civil, 300 são casados (59,2%), 93 são solteiros (18,3%), 54 vivem em união de facto (10,7%), 23 são divorciados (4,5%), 17 são viúvos (3,4%) e apenas 3 são separados (0,6%). 17 sujeitos não responderam a esta questão (*missing*). Tendo em conta a etapa do ciclo vital, 171 famílias estão na fase de “família lançadora” (33,7%), 74 estão na etapa relacionada com filhos adolescentes (14,6%), 72 sujeitos estão na fase de ninho vazio (14,2%), 66 remetem para casal sem filhos (13%), 55 para famílias com filhos em idade escolar (10,8%), 53 encontram-se na fase de filhos pequenos/pré-escolar (10,5%), sendo que apenas 3 famílias estão na fase de reforma (0,6%). Existem ainda 11 casos em que nenhuma destas etapas se aplica (provavelmente sujeitos que vivem sozinhos) e 2 casos sem resposta (*missing*). No que concerne às “formas de família”, temos 387 famílias nucleares intactas (76,3%), 50 de carácter reconstituído (9,9%), 28 são pós-divórcio (5,5%), 20 são monoparentais (3,9%) e 1 é adoptiva (0,2%). Faltam 21 respostas para completar o total (*missing*). Face às habilitações literárias dos respondentes, 112 possuem um grau de ensino superior (22,1%), 106 concluíram o 9º ano (20,9%), 87 terminaram o secundário (17,2%), 69 o sexto ano (13,6%), 64 o quarto ano (12,6), 29 possuem um grau de ensino médio (5,7%) e 24 não completaram o quarto ano (4,7%). Ainda há a registar a falta de 16 respostas (*missing*). Do total de respondentes, 175 indivíduos habitam numa zona medianamente urbana (34,5%), 162 numa zona predominantemente urbana (32%) e 155 numa zona predominantemente rural (30,6%). Existem 15 respostas em falta (*missing*). Considerando o nível sócio-económico, a maioria das famílias, num total de 278 (54,8%), possuem um nível médio, enquanto 157 têm um nível baixo (31%), sendo que apenas 55 possuem um nível elevado (10,8%), de acordo com a classificação referida em Simões (1994). Estão em falta 17 respostas (*missing*). Em

relação à presença de doença crónica, 262 famílias (51,7%) admitem ter pelo menos um elemento com doença crónica, enquanto em 229 famílias (45,2%) isso não se verifica. Faltam 16 respostas (*missing*).

No que respeita à amostra clínica e à amostra de controlo, podemos observar, no *Quadro 1*, a caracterização dos sujeitos, tendo em conta o género, a idade, o estado civil, as “formas de família”, as habilitações literárias, local de residência, nível sócio-económico e a presença de doença crónica.

*Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da amostra clínica e de controlo*

Variáveis		Famílias com crianças com asma <i>Grupo 1</i> N= 34		Famílias com crianças sem asma <i>Grupo 2</i> N= 21	
		N	%	N	%
<b>Género</b>	Masculino	2	5,9%	8	38,1%
	Feminino	32	94,1%	13	61,9%
<b>Idade</b>	26-30	1	2,9%	3	14,3%
	31-35	13	38,2%	4	19,0%
	36-40	15	44,1%	7	33,3%
	41-45	3	8,8%	4	19,0%
	46-50	2	5,9%	3	14,3%
<b>Estado civil</b>	Solteiro	1	2,8%	0	0%
	Casado	25	69,4%	16	76,2%
	União de facto	4	11,1%	3	14,3%
	Divorciado	4	11,1%	2	9,5%
	Viúvo	0	0%	0	0%
<b>Formas de Família</b>	Nuclear intacta	25	69,4%	15	71,4%
	Pós-divórcio	0	0%	2	9,5%
	Monoparental	6	16,7%	0	0%
	Reconstituída	3	8,3%	4	19,0%
	Adoptiva	0	0%	0	0%
<b>Habilitações literárias</b>	<4º ano	1	2,8%	1	4,8%
	4º ano	1	2,8%	1	4,8%
	6º ano	8	22,2%	2	9,5%
	9º ano	11	30,6%	4	19,0%
	12º ano	6	16,7%	6	23,8%
	Ensino médio	2	5,6%	0	0%
	Ensino superior	5	13,9%	7	33,3%
<b>Local de residência</b>	Predominantemente urbano	27	75%	10	47,6%
	Medianamente urbano	3	8,3%	6	28,6%
	Predominantemente rural	4	11,1%	5	23,8%

<b>Nível socioeconómico</b>	Baixo	15	41,7%	6	28,6%
	Médio	17	47,2%	13	61,9%
	Elevado	2	5,6%	2	9,5%
<b>Doença Crónica na Família</b>	Sim	34	100%	6	28,6%
	Não	0	0%	15	71,4%
<b>Portador da Doença</b>	Pai/mãe/cônjuge	0	0%	3	50%
	Filho	34	100%	0	0%
	Avós	0	0%	1	16,67%
	Outros/Vários	0	0%	2	33,3%

Na **amostra clínica**, obtivemos 34 famílias na etapa de filhos em idade escolar como um filho asmático entre os 6 e os 12 anos.

Do total de respondentes, 2 são do sexo masculino (5,9%) e 32 do sexo feminino (94,1%). As suas idades variam entre os 27 e os 50 anos ( $M=36,97$ ;  $SD=4,516$ ). Em relação ao estado civil, 25 são casados (69,4%), 4 são divorciados (11,1%), 4 estão em união de facto (11,1%) e 1 é solteiro (2,8%). No que diz respeito às “formas de família”, a maioria (69,4%) são famílias nucleares intactas, sendo que 6 são monoparentais (16,7%) e 3 são reconstituídas (8,3%). Em relação às habilitações literárias dos respondentes, 11 concluíram o 9º ano (30,6%), 8 o 6º ano (22,2%), 6 o 12º ano (16,7%), 5 frequentaram o ensino superior (13,9%), 2 o ensino médio (5,6%), 1 terminou o 4º ano (2,8%) e outro não teve essa oportunidade (2,8%). Do total de respondentes, 27 habitam numa zona predominantemente urbana (75%), 3 numa zona medianamente urbana (8,3%) e 4 numa zona predominantemente rural (11,1%). No estatuto sócio-económico, 15 famílias estão num nível baixo (41,7%), 17 num médio (47,2%) e 2 num nível elevado (5,6%). Ainda no que concerne à presença de doença crónica, tal como esperado, ela verifica-se no elemento filial em todas as famílias, sendo a asma a doença diagnosticada.

Em relação à **amostra de controlo**, específica do nosso estudo e retirada da amostra geral, obtivemos um total de 21 sujeitos. Isto porque da amostra global seleccionamos apenas os sujeitos com famílias com filhos em idade escolar, tendo em conta a etapa do ciclo vital que nos propusemos analisar.

Dos 21 sujeitos, 8 são do sexo masculino (38,1%) e 13 do sexo feminino (61,9%). As suas idades variam entre os 27 e os 48 anos ( $M=37,67$ ;  $SD=5,834$ ). Em relação ao estado civil, 16 são casados (76,2%), 3 são divorciados (14,3%) e 2 estão em união de facto (9,5%). Tendo em conta as “formas de famílias”, temos 15 famílias nucleares intactas (71,4%), 4 reconstituídas (19%) e 2 pós-divórcio (9,5%). Em relação às habilitações literárias dos respondentes, 7 possuem um grau de ensino superior (33,3%), 6 concluíram o 12º ano (28,6%), 4 o 9º ano (19%), 2 o 6º ano (9,5%), 1 terminou o quarto ano (4,8%) e outro não teve essa oportunidade (4,8%). No que concerne ao local de residência, 10 habitam numa zona predominantemente urbana

(47,6%), 6 numa zona medianamente urbana (28,6%) e 5 numa zona predominantemente rural (23,8%). Considerando o nível sócio-económico, em 13 famílias ele é médio (61,9%), em 6 é baixo (28,6%) e em 2 é elevado (9,5%), de acordo com a classificação referida em Simões (1994). Por fim, no que toca à doença crónica, podemos constatar que ela está presente em 6 famílias (28,6%), sendo ausente em 15 famílias (71,4%).

### 3.2. Instrumentos

O protocolo utilizado na investigação foi constituído por quatro instrumentos: uma ficha de dados sócio-demográficos<sup>2</sup>; uma ficha de dados complementares<sup>3</sup>; o Inventário Qualidade de Vida – versão parental<sup>4</sup> e versão adolescentes (Olson & Barnes, 1982) e as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família<sup>5</sup> (McCubbin, Larsen, & Olson, 1981).

#### 3.2.1. Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico utilizado neste estudo foi elaborado pela equipa de investigadores do passado ano lectivo 2006/2007. Com este questionário, a ser preenchido pelo investigador, pretendia-se recolher os dados demográficos do respondente e da sua família. Os primeiros dados referem-se à nacionalidade do respondente e ao seu local de residência. De seguida, são preenchidos os dados relativos ao agregado familiar, tendo em conta o parentesco, a idade, o estado civil, a data a partir da qual mudou de estado civil, as habilitações literárias e a profissão. Estas mesmas questões foram feitas relativamente a cada um dos restantes elementos do agregado familiar e acerca dos filhos que eventualmente já tivessem saído do agregado. Procurou-se também saber se o respondente tinha religião e qual. Relativamente ao elemento do agregado familiar considerado como a principal fonte de suporte da família, procurou-se saber a sua situação na profissão. No final do questionário, cabia ao investigador preencher os dois seguintes campos: a etapa do ciclo vital, tendo em conta as 7 fases do ciclo vital da família definidos por Olson, McCubbin e colaboradores (1983) e o nível sócio-económico, resultante do cruzamento da situação na profissão, da profissão principal e das habilitações literárias, de acordo com a tipologia de Simões (1994).

#### 3.2.2. Ficha de dados complementares

A ficha de dados complementares, à semelhança do questionário sócio-demográfico, foi elaborada pela equipa de

---

<sup>2</sup> Consultar Anexo 1

<sup>3</sup> Consultar Anexo 2

<sup>4</sup> Consultar Anexo 3

<sup>5</sup> Consultar Anexo 4

investigadores do passado ano lectivo 2006/2007, embora este ano tenha sofrido alguns ajustes. Tem como propósito pesquisar informações sobre a saúde e doença dos respondentes, os recursos que são mais utilizados em caso de doença e pretende obter uma resposta global sobre o *stress*, a qualidade de vida e a capacidade de adaptação da família às dificuldades.

Relativamente à presença de doença crónica, pesquisa-se se alguém na família a tem, quem e qual a doença. No caso de existir, pede-se ao indivíduo que indique qual o impacto que considera que a doença tem na família e qual a sua percepção relativamente à gravidade da mesma. As mesmas questões são utilizadas para pesquisar outro tipo de problema na família como nervos, obesidade, depressão, etc. Para compreender quais os recursos predominantemente utilizados pela família na doença, ou noutras situações difíceis, consideram-se quatro tipos de recursos: apoio da família chegada, apoio da família alargada, da comunidade e de instituições, a partir dos quais se pretende que sejam organizados do mais utilizado para o menos utilizado. Para conhecer a percepção do respondente sobre o grau de *stress* da família, é proposta uma escala *Lickert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “muito pouco” e 5 a “muitíssimo”. Para a qualidade de vida da família, recorria-se a uma escala semelhante, de 1 “muito boa” a 5 “muito má”. Por último, a respeito da sua percepção sobre a capacidade da família, em geral, para se adaptar às dificuldades, o indivíduo deveria ainda classificar de 1 “muito bem” a 5 “muito mal”. Relacionadas com a saúde, existem ainda questões específicas relacionadas com a recorrência das famílias aos Centros de Saúde. Neste sentido, procurámos ainda perceber quais os 5 motivos mais frequentes que levam a família ao Centro de Saúde. Procura-se também perceber se o indivíduo, ou alguém significativo para si, sofreu um acidente no último ano, sendo que, caso a resposta seja afirmativa, deverá especificar a natureza do acidente. É pesquisado igualmente a presença de algum divórcio ou falecimento dentro da família no último ano, pedindo-se que seja especificado o grau de parentesco relativamente ao respondente. A última pergunta desta ficha pretende saber se a família já recorreu a ajuda psicológica. No caso da resposta ser afirmativa, pretende-se que o respondente especifique a instituição da qual recebeu apoio e qual o pedido de consulta. Deve especificar também de quanto tempo usufruiu desse apoio, ou algum elemento da família, e se este ainda recebe acompanhamento.

### 3.2.3. Inventário Qualidade de Vida – QV<sup>6</sup>

O “*Quality of Life Inventory*” (QOL - Olson & Barnes, 1982, cit. in Olson & colaboradores, 1985) foi desenvolvido com o objectivo de captar o grau de satisfação do sujeito tendo em conta cada uma das

---

<sup>6</sup> Posteriormente, podemos nos referir a este instrumento utilizando simplesmente a sigla “QV”.

dimensões de qualidade de vida que avaliam. Essas variáveis relacionam-se como o casamento e a vida familiar, os amigos, a família alargada, a saúde, o lar, a educação, o lazer, a religião, os *mass media*, o bem-estar financeiro e a vizinhança e comunidade, enquanto indicadores de satisfação com a qualidade de vida.

Este é um inventário de auto-resposta que inclui duas versões: a) versão parental e b) versão para adolescentes. A versão para pais é constituída por 40 itens, enquanto a versão para adolescentes contém apenas 25 itens. No entanto, 19 itens são comuns a ambas as escalas. Neste estudo focámo-nos apenas na versão parental e utilizamos a tradução portuguesa do Inventário Qualidade de Vida (QV), realizada pela equipa de investigadores do passado ano lectivo, esperando que este ano se possam validar os dados para a nossa população.

A versão parental é composta por 40 itens distribuídos pelos seguintes factores: “*casamento e vida familiar*” (4 itens); “*amigos*” (2 itens); “*saúde*” (2 itens); “*casa*” (3 itens); “*espaço*” (2 itens); “*educação*” (2 itens); “*tempo*” (5 itens); “*religião*” (2 itens); “*emprego*” (2 itens); “*mass media*” (4 itens); “*rendimento*” (6 itens) e “*vizinhança e comunidade*” (6 itens). As respostas à pergunta “Qual o seu nível de satisfação com?” são dadas numa escala de *Likert* com a seguinte categorização: (1) “insatisfeito”; (2) “pouco satisfeito”; (3) “geralmente satisfeito”; (4) “muito satisfeito” e (5) “extremamente satisfeito”. Este instrumento permite obter um indicador global de percepção da qualidade de vida e existe também a possibilidade de análise por factor (num total de 12 factores) na sua versão original. Em termos de cotação, a um resultado mais elevado corresponde um maior nível de satisfação com a qualidade de vida.

Ao nível da consistência interna, os autores do original (Olson & Barnes, 1982, cit. in Olson & colaboradores, 1985) encontraram, para a escala total, um alpha de Cronbach de **0,92**. No passado ano lectivo, os investigadores obtiveram, através dos seus estudos, um total de 0,889, porém, tratava-se de um estudo exploratório com uma população específica, o que coloca limitações às conclusões finais. Este ano procedeu-se a um novo estudo, com o intuito de validar o instrumento para a população portuguesa. A partir desse estudo, com um total de 297 sujeitos, foi obtido um alpha de Cronbach de **0,922** (M=125,49; SD=20,08) para a escala total, composta por 40 itens. No quadro seguinte, apresentaremos a estrutural factorial obtida a partir deste estudo, para a qual nos basearemos nas análises posteriores.

Quadro 2. Estrutura factorial do QV a partir do novo estudo de validação

Factores do QV	Itens	Alpha de Cronbach
Factor 1. Bem-estar Financeiro	20, 29, 30, 31, 33, 34	0,89
Factor 2. Tempo	16, 17, 18, 19	0,979
Factor 3. Vizinhança e Comunidade	35, 36, 37, 38, 39, 40	0,888

Factor 4. Casa	9, 10, 11, 12, 13	0,90
Factor 5. <i>Mass Media</i>	26, 27, 28	0,805
Factor 6. Relações Sociais e Saúde	5, 6, 7, 8	0,735
Factor 7. Emprego	23, 24	0,739
Factor 8. Religião	21, 22	0,971
Factor 9. Família e Conjugalidade	1, 2	0,797
Factor 10. Filhos	3, 4	0,796
Factor 11. Educação	14, 15	0,825
Valor da Escala Total	---	<b>0,922</b>

Em relação ao nosso estudo, poderá ser pertinente analisar a consistência interna do instrumento tendo em conta apenas a amostra clínica. Ainda assim, trata-se de um estudo meramente exploratório, pelo que comporta as suas limitações, dado o tamanho da amostra. A validação deste instrumento para esta população poderia ser feito em estudos posteriores, a partir de um estudo com uma amostra significativa.

De seguida, iremos apresentar os dados obtidos em termos da consistência interna tendo em conta exclusivamente a amostra clínica (grupo 1, N=34).

Quadro 3. Consistência interna para amostra clínica – QV<sup>7</sup>

Alpha de Cronbach	Média	Desvio Padrão	Total de itens
<b>0,928</b>	122,91	19,195	40

Para a nossa amostra clínica, obtivemos um alpha de Cronbach de **0,928** (M=122,91; SD=19,195). O valor do alpha de Cronbach avalia, essencialmente, o grau de coerência e homogeneidade dos resultados ao longo do teste (Almeida & Freire, 2003). No âmbito da teoria psicométrica, alguns autores aceitam como valores mínimos para a consistência interna, coeficientes iguais ou superior a 0,70 (Kline, *in* Simões, 1994). Porém, a maioria aponta para valores superiores, na ordem de 0,80 (Pestana & Gageiro, 2005).

Também se torna pertinente analisar a correlação entre os itens e a escala total e o valor do alpha de Cronbach caso esse item seja retirado da escala. Este é igualmente apenas um exercício de carácter exploratório.

<sup>7</sup> Alguns dos quadros apresentam-se adaptados no corpo do texto, pelo que, para a sua visualização completa, remetemos para a consulta do Anexo 5.



Quadro 4. Correlação item/total e valor do alpha de Cronbach na eliminação do item para o QV

	Correlação Item-Total	Alpha de Cronbach sem o item
Q Casamento 1	,497	,926
Q Casamento 2	,594	,925
Q Casamento 3	,391	,927
Q Casamento 4	,276	,928
Q Amigos 5	,587	,925
Q Amigos 6	,498	,926
Q Saúde 7	,418	,927
Q Saúde 8	,166	,928
Q Casa 9	,504	,926
Q Casa 10	,562	,926
Q Casa 11	,422	,927
Q casa espaço 12	,372	,927
Q casa espaço 13	,454	,926
Q Educação 14	,522	,926
Q Educação 15	,670	,924
Q Tempo 16	,426	,927
Q Tempo 17	,468	,926
Q Tempo 18	,681	,924
Q Tempo 19	,680	,924
Q Tempo 20	,482	,926
Q Religião 21	,204	,929
Q Religião 22	,379	,927
Q Emprego 23	,390	,927
Q Emprego 24	,581	,925
Q Mass media 25	,490	,926
Q Mass media 26	,253	,928
Q Mass media 27	,311	,928
Q rendimento 28	,254	,928
Q rendimento 29	,622	,925
Q rendimento 30	,691	,924
Q rendimento 31	,578	,925
Q rendimento 32	,595	,925
Q rendimento 33	,410	,927
Q rendimento 34	,452	,927
Q vizinhança 35	,451	,926
Q vizinhança 36	,671	,924
Q vizinhança 37	,661	,924
Q vizinhança 38	,644	,924
Q vizinhança 39	,522	,926
Q vizinhança 40	,305	,928

Segundo Moreira (2004), as correlações item/total da respectiva escala devem ser superiores a 0.30, limiar inferior ao qual as correlações, ainda que estatisticamente significativas, podem ser consideradas triviais. Assim, tendo em conta o quadro anterior, podemos verificar que os itens *Q Casamento 4*, *Q Saúde 8*, *Q Religião 21*, *Q Mass Media 26* e *Q Rendimento 28*, se encontram pouco relacionados com a escala total (valores inferiores a 0.30) porém, caso fossem retirados não melhoravam significativamente a consistência interna da escala, pelo que optámos por os manter, dado o tamanho da nossa amostra.

### 3.24. Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES)<sup>8</sup>

O “*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale*” (F-COPES) é um instrumento desenvolvido por McCubbin, Olson & Larsen (1981), tendo por base o Modelo Duplo ABCX de McCubbin & Patterson (1982). Pretende identificar as estratégias de *coping* utilizadas pela família, ou seja, as estratégias comportamentais e de resolução de problemas que a família utiliza em situações difíceis ou problemáticas. Na construção da escala, os autores recorreram às dimensões de *coping* descritas pelo Modelo ABCX e integraram em estratégias de *coping* os recursos familiares e a percepção e significado do acontecimento da teoria do *stress* familiar. As estratégias de *coping* familiar foram agrupadas em duas dimensões: a) internas e b) externas. As primeiras são encontradas dentro do núcleo familiar, enquanto as segundas remetem para a ajuda que a família procura fora do núcleo familiar (Olson, McCubbin e colaboradores, 1985).

Este é um instrumento de auto-resposta, com um total de 30 itens que se agrupam em três factores externos e dois factores internos. Relativamente aos primeiros, estes remetem para: *adquirir suporte social* (9 itens); *procurar apoio espiritual* (4 itens) e *mobilizar a família para adquirir e aceitar ajuda* (4 itens). Já o segundo conjunto de factores integra o *reenquadramento* (8 itens) e *avaliação passiva* (5 itens). Assim, perante a afirmação “quando, na nossa família, nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma” são possíveis, a partir de uma escala de *Likert*, as seguintes respostas: (1) “discordo muito”; (2) “discordo moderadamente”; (3) “não concordo nem discordo”; (4) “concordo moderadamente” e (5) “concordo muito”. Na versão original, o instrumento permite obter dois indicadores: o resultado total de estratégias de *coping* e o resultado por factor, num total de 5 factores. A tradução/versão portuguesa deste instrumento foi da autoria de Vaz Serra e colaboradores (1990), denominando-se Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família e esta foi a

<sup>8</sup> Posteriormente, podemos nos referir a este instrumento utilizando simplesmente a sigla “F-COPES”.

versão utilizada para o nosso estudo.

Ao nível da consistência interna, os autores do original (Olson, McCubbin e colaboradores, 1985) obtiveram nos seus estudos um alpha de Cronbach de **0,86** para a escala total. No passado ano lectivo, os investigadores obtiveram valores bastante semelhantes no seu estudo no que toca à consistência interna, mas chegaram a uma estrutura factorial com algumas diferenças em relação ao original. Este ano lectivo procedeu-se a uma validação do instrumento. A partir desse estudo, com um total de 372 sujeitos, foi obtido um alpha de Cronbach de **0,846** (M=93,87; DP=14,12) para a escala total, composta por 30 itens. Porém, não nos foi possível obter em tempo útil os dados relativos à análise factorial resultante da validação do estudo iniciado este ano lectivo, pelo que, para o nosso estudo particular, iremos recorrer à estrutura factorial dos autores originais (Olson, McCubbin e colaboradores, 1985). Iremos apresentar essa mesma estrutura factorial no quadro seguinte.

Quadro 5. Estrutura factorial original do F-COPES

Sub-escalas	Itens	Alpha de Cronbach
Aquisição de suporte social	1,2,4,5,10,16,20,25,29	0,83
Reenquadramento	3,7,11,13,15,19,22,24	0,82
Apoio espiritual	14,23,27,30	0,80
Mobilização de apoio formal	6,8,21	0,71
Avaliação passiva	12,17,18, 26,28	0,63
Valor da Escala Total (autores originais)	---	0,86
Valor da Escala Total (validação deste ano lectivo)	---	<b>0,846</b>

Em relação ao nosso estudo, iremos analisar novamente a consistência interna para a nossa amostra clínica mas tendo em conta o instrumento F-COPES. Mais uma vez destacamos as limitações do estudo exploratório, dado a amostra ser constituída por apenas 34 sujeitos.

De seguida, iremos apresentar os dados obtidos em termos da consistência interna para este instrumento.

Quadro 6. Consistência interna para amostra clínica – F-COPES

Cronbach's Alpha	Média	Desvio Padrão	Total de itens
<b>0,732</b>	98,71	11,288	30

Para a nossa amostra clínica obtivemos um alpha de Cronbach de **0,732** (M=98,71; SD=11,288). Este valor é bastante inferior tendo em conta o valor alcançado para a escala total do estudo de validação.

Também se torna pertinente analisar a correlação entre os itens e a escala total e o valor do alpha de Cronbach caso esse item seja retirado da escala, tal como foi realizado tendo em conta o instrumento Qualidade de Vida.

Quadro 7. Correlação item/total e valor do alpha de Cronbach na eliminação do item para o F-COPES

	<b>Correlação Item-Total</b>	<b>Alpha de Cronbach sem o item</b>
FC1	,219	,727
FC2	,222	,727
FC3	-,074	,740
FC4	,409	,717
FC5	,576	,705
FC6	,263	,724
FC7	,337	,720
FC8	,060	,741
FC9	,403	,714
FC10	,220	,727
FC11	,165	,730
FC12	,004	,746
FC13	,066	,737
FC14	,452	,711
FC15	,412	,719
FC16	,285	,723
FC17	,163	,731
FC18	,462	,712
FC19	-,043	,742
FC20	,258	,725
FC21	,233	,727
FC22	,134	,731
FC23	,465	,709
FC24	,232	,727
FC25	,411	,715
FC26	,032	,736
FC27	,486	,711
FC28	,233	,726
FC29	,275	,724
FC30	,207	,728

Tendo em conta o quadro anterior, podemos verificar a existência de muitos itens com correlações fracas em relação à escala total (valores inferior a 0.30) (Moreira, 2004). Porém, optámos por mantê-los, pois se os retirássemos não haveriam alterações significativas no valor da escala total. Ainda assim, há dois itens que suscitam mais atenção, ao apresentarem uma correlação negativa com a escala total. Apesar desse facto, optámos por mantê-los, devido ao tamanho da nossa amostra.

### 3.3. Procedimentos

Para recolher a amostra clínica recorremos, com a devida autorização, a um Centro de Saúde em Coimbra. Assim, com a colaboração da Pediatra, foram seleccionados os ficheiros clínicos de crianças asmáticas entre os 6 e os 12 anos que estão inscritas no Centro de Saúde e que recorrem habitualmente aos serviços. Posteriormente a essa selecção, as famílias foram contactadas telefonicamente, no sentido de colaborarem para a investigação, preenchendo alguns questionários. O período de aplicação dos questionários decorreu entre 15 de Dezembro de 2007 e 28 de Fevereiro de 2008, sendo marcado directamente um horário com as famílias para comparecerem, sendo que apenas era preciso comparecer a mãe ou o pai da criança, ou tutor equivalente, o que não ocorreu em nenhum caso. Em relação à amostra geral, esta foi recolhida a partir de uma amostra de conveniência, não havendo uma selecção prévia, pelo que toda a população foi englobada, partindo com um mínimo de idade de 12 anos. A recolha foi feita entre 15 de Dezembro de 2007 e 28 de Fevereiro de 2008, obtendo-se um total de 507 protocolos, dos quais seleccionamos 21 para constituírem o grupo de controlo neste estudo específico, tendo em conta a etapa do ciclo vital.

Os protocolos administrados junto dos respondentes foram aplicados segundo um guião, com o propósito de estandardizar os procedimentos. Primeiramente o elemento da equipa apresentava-se, retomava os objectivos da investigação, agradecia a disponibilidade e garantia a confidencialidade e o anonimato das respostas. Seguidamente, iniciava o preenchimento do questionário sócio-demográfico e da ficha de dados complementares. Os questionários seguintes eram introduzidos da seguinte forma: Qualidade de vida – versão parental ou versão adolescentes (Olson & Barnes, 1982), o Inventário familiar de eventos e mudanças (McCubbin, Patterson, & Wilson, 1981) e as Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (McCubbin, Olson & Larsen, 1988). Para este estudo em particular, utilizamos apenas o último instrumento e a versão parental do primeiro instrumento. No final da sua aplicação, o investigador voltava a agradecer a disponibilidade do indivíduo ou da família e procedia ao preenchimento de alguns dados, nomeadamente a categorização do nível-socioeconómico, segundo Simões (1994) e a etapa do ciclo vital segundo Olson, McCubbin e colaboradores (1983).

#### IV – Resultados

Foram realizadas diversas análises estatísticas com o intuito de testar as nossas hipóteses de investigação. Começamos por apresentar as questões que foram alvo da nossa análise, os meios estatísticos utilizados para a sua análise<sup>9</sup> e as conclusões que a partir deles conseguimos retirar.

Todos os procedimentos estatísticos apresentados de seguida foram elaborados a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 15.0 for Windows - 2006), sendo os gráficos importados da Microsoft Office Excel 2003.

Pretendemos comparar os dois grupos no que diz respeito à qualidade de vida, medida pelo Inventário de Qualidade de Vida – Versão Parental (Olson & Barnes, 1982, cit. in Olson, McCubbin e colaboradores, 1985), considerando o género e o nível sócio-económico dos respondentes.

**Hipótese 1:** No que concerne à relação asma – qualidade de vida, esperamos que a percepção do índice de qualidade de vida das famílias com um filho portador de asma seja significativamente inferior em relação às famílias sem a presença desta doença crónica.

Para tentar perceber se existem diferenças entre os dois grupos no que respeito à qualidade de vida, tendo em conta o valor da escala total, procuramos assegurar a presença de normalidade na distribuição e a homogeneidade das variâncias. Isto tendo em conta que, para podermos recorrer a testes paramétricos para a escala total, precisamos verificar a presença simultânea das condições seguintes: 1) que a variável dependente possa distribuição normal; 2) as variâncias populacionais sejam homogéneas. Para testar a normalidade, o teste mais utilizado é o *Kolmogorov-Smirnov*, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias, o teste de *Levene* é um dos mais potentes (Maroco, 2007, p. 133).

De acordo com esta informação, procurámos então dados para a normalidade e homogeneidade das variâncias tendo em conta a escala total do QV.

Tabela 1. Teste de normalidade para a escala total do QV

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
<b>QVtotal</b>	Asma	,119	34	<b>,200</b>
	Controlo	,106	21	<b>,200</b>

<sup>9</sup> As tabelas resultantes dos *outputs* do SPSS encontram-se adaptadas, pelo que, para a sua consulta integral, remetemos para a consulta do anexo 5.

Tabela 2. Teste de homogeneidade das variâncias para a escala total do QV

		Levéne Statistic	df1	df2	Sig.
<b>QVtotal</b>	Baseado na Média	,112	1	53	<b>,739</b>

Através da *tabela 1*, podemos constatar, através do resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que o pressuposto de normalidade da variável dependente está assegurado ( $p=0,200 > 0,005$ ) (Maroco & Bispo, 2003). Já a *tabela 2*, dá-nos o valor da homogeneidade das variâncias, a partir do teste de *Lévene* [ $F(1,53) = 0,112$ ;  $p=0,739$ ]. Sendo o valor de significância superior a 0,05, assumimos que o pressuposto de homogeneidade das variâncias está cumprido.

Para testar a nossa hipótese, e verificando-se os pressupostos para a utilização de testes paramétricos assumidos, recorreremos a uma ANOVA *three-way*. Assim, tivemos em conta a possível existência de diferenças entre os grupos, os géneros e os níveis sócio-económicos tendo em conta o valor da escala total do QV, tomando atenção igualmente às suas intercepções.

Tabela 3. ANOVA 3-way  
Grupo, Género e Nível sócio-económico com QVtotal

Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
<b>Grupo</b>	133,569	1	133,569	,373	,544
<b>Género</b>	106,610	1	106,610	,298	,588
<b>Nível sócio-econ.</b>	2613,341	2	1306,670	3,648	<b>,034</b>
Grupo * Género	440,046	1	440,046	1,228	,273
Grupo * Nível sócio-econ.	52,924	2	26,462	,074	,929
Género * Nível sócio-econ.	371,084	1	371,084	1,036	,314
Grupo * Género * Nível sócio-econ.	,000	0	.	.	.
Corrected Total	21397,927	54			

Tabela 4. Comparações Múltiplas (Bonferroni)  
Nível sócio-económico com QVtotal

(I) Nível sócio-económico	(J) Nível sócio-económico	Mean Diff. (I-J)	Std. Error	Sig.
Baixo	Médio	-11,9286	5,38503	,095
	Elevado	-32,3452	10,32533	<b>,009</b>
Médio	Baixo	11,9286	5,38503	,095
	Elevado	-20,4167	10,07447	,146
Elevado	Baixo	32,3452	10,32533	,009
	Médio	20,4167	10,07447	,146

Através da *tabela 3*, podemos concluir que não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, e entre os géneros, tendo em conta o valor da escala total ( $p > 0,05$ ). Não foram

igualmente detectadas diferenças entre as intercepções “grupo-género”, “grupo-nível sócio-económico” e “grupo-género-nível sócio-económico” ( $p > 0,05$ ). Porém, detectamos diferenças no que toca ao nível sócio-económico, tendo em conta o valor da escala total [ $F(2, 54) = 3,648$ ;  $p = 0,34$ ], já que obtivemos um nível de significância inferior a 0.05.

No entanto, a ANOVA apenas nos permite concluir que existem diferenças entre duas médias, mas nada nos diz sobre qual, ou quais das médias são diferentes. Este tipo de questão é resolvido pelo quadro das comparações múltiplas (Maroco, 2007). No nosso caso, recorreremos às comparações múltiplas utilizando a correcção de Bonferroni, como se pode ver na *tabela 4*. Quando o número de comparações é pequeno (como é o nosso caso), torna-se preferível a utilização deste teste (Pestana & Gageiro, 2005). O teste de comparações múltiplas, exibido na *tabela 4*, localizou as diferenças entre o nível sócio-económico baixo e o elevado ( $p = 0,009 < 0,05$ ).

**Hipótese 2:** Do total de 11 factores que integram o Inventário Qualidade de Vida, esperamos, particularmente, que na percepção do factor relacionado com a satisfação com saúde, hajam diferenças significativas entre os dois grupos, sendo o índice de satisfação inferior no grupo de famílias com um elemento asmático.

Para testar a nossa hipótese, procurámos verificar primeiro a normalidade das dimensões associadas ao QV, resultantes da análise factorial realizada a partir da validação do estudo deste ano lectivo. A tabela presente dá-nos os resultados tendo em conta o teste *Kolmogorov-Smirnov*.

*Tabela 5. Normalidade das dimensões do QV*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
Bem-estar Financeiro	,078	55	<b>,200</b>
Tempo	,147	55	,005
Vizinhança e Comunidade	,252	55	,000
Casa	,084	55	<b>,200</b>
Mass Media	,198	55	,000
Relações e saúde	,147	55	,004
Saúde	,247	55	,000
Emprego	,157	55	,002
Religião	,276	55	,000
Família	,168	55	,001
Filhos	,178	55	,000
Educação	,212	55	,000

Pela *tabela 5*, podemos concluir que apenas dois factores, no total de 12, cumprem o pressuposto de normalidade ( $p > 0,05$ ), sendo eles o factor *financeiro* ( $p = 0,200$ ) e o factor *casa* ( $p = 0,200$ ). Todos os



outros não cumprem esse pressuposto.

A análise factorial para a qual nos baseamos para este estudo tem em conta 11 factores, porém criamos o factor *saúde*, dada a revelância para o estudo. Este factor integra os itens “satisfação com a saúde do próprio” e “satisfação com a saúde dos outros membros da família”. É preciso ter em conta que a criação deste factor é meramente um facto que nos ajuda de uma forma exploratória e não pretende ser uma nova estrutura factorial para este instrumento.

Apesar da nossa hipótese inicial contemplar apenas o factor *saúde*, decidimos amplificar o nosso objectivo e procurar diferenças entre as médias dos grupos tendo em conta os restantes factores.

Estando o pressuposto de normalidade cumprido, recorremos a uma *teste t-Student para amostras independentes*, de modo a perceber a possível existência de diferenças entre os dois grupos tendo em conta o factor *bem-estar financeiro* e o factor *casa*.

Tabela 6. Teste t-Student para amostras independentes  
Factor bem-estar financeiro e Factor casa – Grupo

		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig.	Mean Diff.	Std. Error Diff.
Financeiro	Equal variances assumed	,035	,852	-,636	53	,527	-,85574	1,34455
Casa	Equal variances assumed	,031	,861	1,319	53	,193	-1,28011	,97025

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Financeiro	Asma	34	15,3824	4,91759	,84336
	Controlo	21	16,2381	4,72128	1,03027
Casa	Asma	34	17,5294	3,50095	,60041
	Controlo	21	18,8095	3,48739	,76101

A partir do *Teste t-Student para amostras independentes*, descrito na *tabela 6*, podemos inferir, a partir do teste de *Levene*, que está assumido o pressuposto de homogeneidade das variâncias para o factor *financeiro* [ $F(1, 53) = 0,35$ ;  $p=0,852$ ] e para o factor *casa* [ $F(1, 52) = 0,31$ ;  $p=0,861$ ]. Podemos constatar igualmente que não se verificam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos que no diz respeito ao factor *financeiro* ( $T_{\text{equal variances assumed}} = -636$ ;  $p=0,527$ ) e ao factor *casa* ( $T_{\text{equal variances assumed}} = -1319$ ;  $p=0,193$ ), ambos com significâncias acima dos 0,05, logo diferenças não significativas estatisticamente.

A partir deste resultado, procurámos também perceber, à semelhança do que realizámos com o valor da escala total, a possível influência do nível sócio-económico no factor *financeiro* e factor *casa*. Estando o pressuposto da normalidade assumido, procedemos à realização de uma *ANOVA two-way*.

Tabela 7. ANOVA 2-way  
Factor financeiro e Factor casa – Nível sócio-económico

Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Financeiro	9,452	19	,497	7,959	,003
Casa	2,100	14	,150	2,400	,108
Financeiro * casa	5,912	13	,455	7,276	,004
Corrected Total	19,745	54			

Através da *tabela 7*, foi-nos possível, através dos resultados da ANOVA, detectar diferenças entre os níveis sócio-económicos no que diz respeito ao factor *financeiro* [F (19, 54) =7,959; p=0,03]. Essas diferenças também são visíveis na intercepção do factor *financeiro* com o factor *casa* com uma significância de 0,04 (< 0,05). No factor *casa* não foram detectadas diferenças significativamente estatísticas (sig.> 0,05).

Tendo em conta que o pressuposto de normalidade foi violado para os restantes factores, usamos o *Teste de Mann-Whitney* para verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos tendo em conta estes factores. Este teste é uma alternativa não paramétrica ao teste t-Student para amostras independentes (Maroco, 2007).

Tabela 8. Teste de Mann-Whitney – Restantes factores com grupo

	Tempo	Vizinhança	Mass Média	Relações Sociais e Saúde	Saúde
Mann-Whitney U	349,000	294,500	307,500	274,000	182,000
Wilcoxon W	580,000	889,500	902,500	869,000	777,000
Z	-,140	-1,093	-,878	-1,454	-3,155
Asymp. Sig. (2-tailed)	,889	,275	,380	,146	,002
	Emprego	Religião	Família	Filhos	Educação
Mann-Whitney U	354,500	299,500	349,500	320,500	312,500
Wilcoxon W	949,500	530,500	944,500	915,500	907,500
Z	-,044	-1,072	-,134	-,654	-,789
Asymp. Sig. (2-tailed)	,965	,284	,894	,513	,430

Tabela 9. Comparação de médias entre grupos no Factor Saúde

Grupo	N	Média	Desvio Padrão
Asma	34	5,9706	1,08670
Controlo	21	7,2857	1,58565

Gráfico 1. Gráfico de comparação de médias entre grupos Factor Saúde

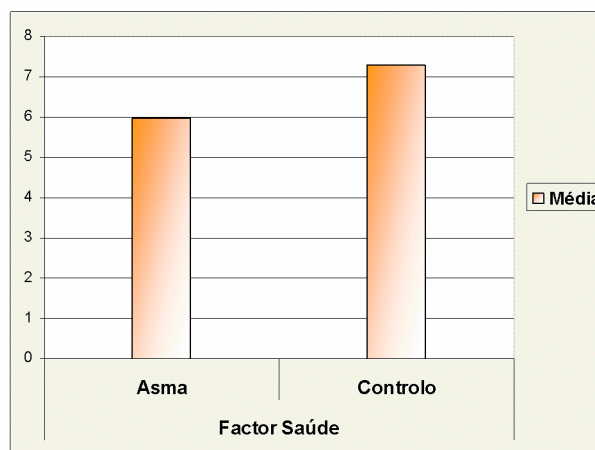
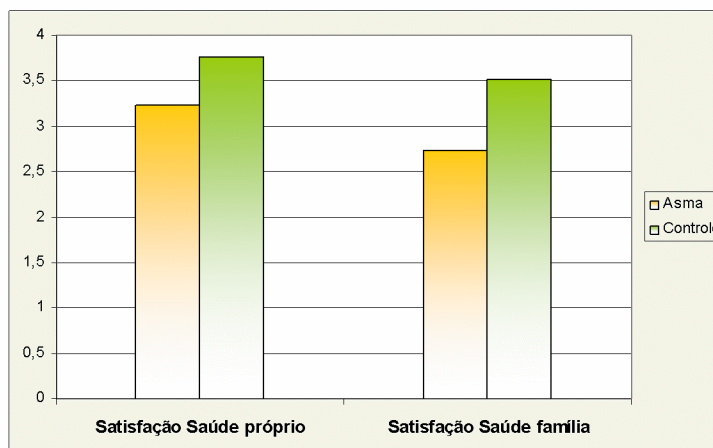


Tabela 10. Comparação de médias entre grupos – Itens Factor Saúde

Grupo		Q Saúde 7	Q Saúde 8
Asma	Mean	3,24	2,74
	N	34	34
	Std. Deviation	,890	,666
Controlo	Mean	3,76	3,52
	N	21	21
	Std. Deviation	,768	1,123

Gráfico2. Gráfico de comparação de médias entre grupos Itens do Factor Saúde



Tendo em conta o teste de Mann-Whitney, mencionado na tabela 8, não encontramos diferenças significativas para os restantes factores, à excepção do factor *saúde*, criado especificamente para detectar diferenças mais particulares ( $U = 182,000$ ,  $p = 0,02 < 0,05$ ). Podemos verificar pela tabela 9, através da comparação por médias, que o grupo de famílias com um elemento asmático, possui uma média inferior no factor relacionado com a satisfação com a saúde ( $M=5,9706$ ;  $SD=1,08670$ ) do que o grupo de controlo ( $M=7,2857$ ;  $SD=1,58565$ ), diferença essa mostrada no gráfico 1.

Atendendo aos itens que compõem o factor *saúde*, temos o item 7 que remete para “satisfação com a sua própria saúde” e o item 8 que integra a “satisfação com a saúde dos outros membros da família”. A partir da tabela 10, podemos concluir que a satisfação em ambos os itens é superior para o grupo de controlo, em relação ao grupo de famílias com um elemento asmático. Essa diferença é visível no gráfico 2.

A partir deste resultado, procurámos também perceber, à semelhança do que já realizamos anteriormente, a influência da variável referente ao nível sócio-económico no factor *saúde*. Recorremos mais uma vez ao teste de Mann-Whitney.

Tabela 11. Teste de Mann-Whitney  
Factor Saúde – Nível sócio-económico

	Nível sócio-económico	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Saúde	Baixo	21	21,50	451,50
	Médio	30	29,15	874,50
	Total	51		

	Saúde
Mann-Whitney U	220,500
Wilcoxon W	451,500
Z	-1,885
Asymp. Sig. (2-tailed)	,059

O teste de Mann-Whitney, mencionado na tabela 11, não revela a presença de diferenças significativas nos níveis sócio-económicos tendo em conta o factor *saúde* ( $U = 220,500$ ;  $p = 0,059$ ), porém o ponto de corte aproxima-se do nível de significância a partir do qual as diferenças adquirem um nível significativo ( $<0,05$ ).

Pretendemos agora comparar os dois grupos no que diz respeito ao estilo de *coping* utilizado, medido pelas Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (McCubbin, Larsen & Olson, 1981, cit. in Olson, McCubbin & colaboradores., 1985) considerando o género e o nível sócio-económico dos respondentes.

De acordo com esta informação, procurámos então dados para a normalidade e homogeneidade das variâncias tendo em conta a escala total do F-COPES.

Tabela 12. Teste de normalidade para a escala total do F-COPES

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
F-Copestotal	Asma	,093	34	,200
	Controlo	,115	21	,200

Tabela 13. Teste de homogeneidade das variâncias para a escala total do F-COPES

		Levéne Statistic	df1	df2	Sig.
F-Copestotal	Baseado na Média	1,031	1	53	,315

Através da *tabela 12*, podemos constatar, através do resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que o pressuposto de normalidade da variável dependente está assegurado ( $p=0,200 > 0,005$ ) (Maroco & Bispo, 2003). Já a *tabela 13*, dá-nos o valor da homogeneidade das variâncias, a partir do teste de *Lévene* [ $F(1, 53) = 1,031$ ;  $p=0,315$ ]. Sendo o valor de significância superior a 0,05, assumidos que o pressuposto de homogeneidade das variâncias está cumprido.

Estando o pressuposto cumprido, recorremos a uma ANOVA *three-way*, de modo a analisar diferenças no que diz respeito à escala total do F-COPES, tendo em conta o grupo, o género e o nível sócio-económico.

Tabela 14. ANOVA 3-way  
Grupo, Género e Nível sócio-económico com F-Copestotal

Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Grupo	186,765	1	186,765	1,202	,279
Género	154,169	1	154,169	,992	,325
Nível sócio-econ.	258,917	2	129,458	,833	,441
Grupo * Género	3,711	1	3,711	,024	,878
Grupo * Nível sócio-econ.	450,471	2	225,236	1,449	,245
Género * Nível sócio-econ.	243,378	1	243,378	1,566	,217
Grupo * Género * Nível sócio-econ.	,000	0	.	.	.
Corrected Total	9213,636	54			

A partir da *tabela 14*, podemos verificar que não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e os géneros ( $p > 0,05$ ), nem no que toca às suas intercepções, no que diz respeito à escala total. Deste modo, podemos concluir que o estilo de *coping*

utilizado não varia em função destas variáveis independentes, inclusive quando estas se cruzam.

**Hipótese 3:** No que concerne à relação asma – *coping*, esperamos que haja diferenças entre os grupos no que respeita à utilização do *coping* interno e do *coping* externo, esperando que o grupo clínico faça mais uso do segundo grupo de estratégias.

Em relação à escala total de *coping* utilizado pelos dois grupos não encontramos diferenças significativas, porém, procuramos analisar se essas diferenças se reflectem tendo em conta o *coping* interno e o *coping* externo. Para isso procuramos analisar a normalidade das variáveis.

Tabela 15. Normalidade do grupo de estratégias *coping* interno e *coping* externo

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	Df	Sig.
<b>Coping Interno</b>	,121	55	,044
<b>Coping Externo</b>	,076	55	<b>,200</b>

Tendo em conta o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, podemos concluir que apenas o grupo de estratégias referente ao *coping* externo cumpre o pressuposto de normalidade ( $0,200 > 0,05$ ).

A partir deste resultado, procuramos perceber a diferença entre os grupos no que se refere à recorrência a este grupo de estratégias. Para isso utilizamos um *Teste t-Student para amostras independentes*.

Tabela 16. Teste *t-Student* para amostras independentes  
*Coping* externo – Grupo

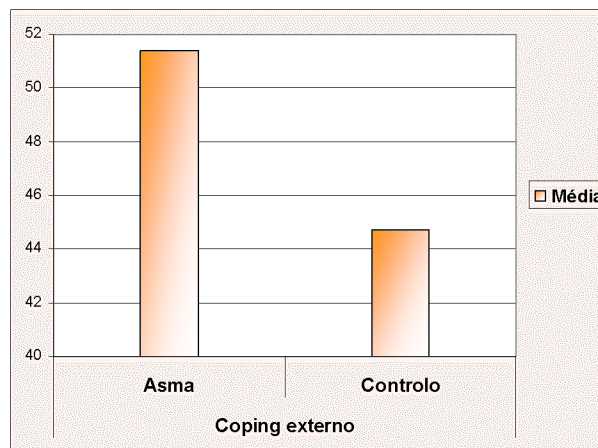
		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.
Coping externo	Equal variances assumed	1,110	,297	2,577	53	<b>,013</b>	6,66807	2,58801

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Coping externo	Asma	34	51,3824	8,28659	1,42114
	Controlo	21	44,7143	10,82194	2,36154

Tabela 17. Comparação de médias entre grupos no Coping Externo

Grupo	N	Média	Desvio Padrão
Asma	34	51,3824	8,28659
Controlo	21	44,7143	10,82194

Gráfico 3. Gráfico de comparação de médias entre grupos no Coping externo



A partir do *Teste t-Student para amostras independentes*, descrito na *tabela 16*, podemos inferir, a partir do teste de *Levene*, que está assumido o pressuposto de homogeneidade das variâncias para o *coping* externo [ $F(1, 53) = 1,110$ ;  $p=0,297$ ]. Podemos constatar igualmente que existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos que no diz respeito ao *coping* externo (T equal variances assumed = 2,577;  $p=0,013$ ), com uma significância abaixo dos 0,05.

Podemos verificar pela *tabela 17*, através da comparação por médias, que o grupo com um elemento asmático (grupo 1), possui uma média mais elevada na utilização do *coping* externo ( $M=51,2824$ ;  $SD=8,28659$ ) do que o grupo de controlo ( $M=44,7143$ ;  $SD=10,82194$ ), diferença essa mostrada no *gráfico 3*.

Não cumprindo o pressuposto, utilizamos o teste de Mann-Whitney para perceber as diferenças nas médias dos grupos em relação ao *coping* interno.

Tabela 18. Teste de Mann-Whitney – Coping Interno – Grupo

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Coping Interno	Asma	34	29,75	1011,50
	Controlo	21	25,17	528,50
	Total	55		

	Coping Interno
Mann-Whitney U	297,500
Wilcoxon W	528,500
Z	-1,036
Asymp. Sig. (2-tailed)	,300

O teste de *Mann-Whitney*, mencionado na *tabela 18*, não revela a presença de diferenças significativas entre as médias dos grupos tendo em conta o *coping* interno ( $U = 297,500$ ;  $p=0,300 > 0,05$ ).

**Hipótese 4:** No que concerne à relação asma – *coping*, esperemos que hajam diferenças significativas entre os grupos em relação à dimensão *aquisição de suporte social*, com o grupo com um elemento asmático a recorrer a esta estratégia de forma significativamente superior face ao grupo de controlo.

Para testar a nossa hipótese, procurámos verificar primeiro a normalidade das dimensões associadas ao F-COPES. As dimensões são: suporte social; reenquadramento; apoio espiritual; apoio formal e avaliação passiva. A tabela presente dá-nos os resultados tendo em conta o teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Tabela 19. Normalidade das dimensões do F-COPES

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	Df	Sig.
Suporte social	,091	55	<b>,200</b>
Reenquadramento	,130	55	,022
Apoio espiritual	,127	55	,028
Apoio formal	,121	55	,042
Avaliação Passiva	,129	55	,023

Pela *tabela 19*, podemos concluir que apenas uma das cinco estratégias cumpre o pressuposto de normalidade ( $p > 0,05$ ), sendo ela a dimensão *suporte social* ( $p=0,200$ ). Todas as outras violam esse pressuposto, com uma significância abaixo de 0,05.

Tendo em conta o pressuposto de normalidade cumprido, usamos o *Teste t-Student* para comparar as médias dos dois grupos tendo em conta a estratégia *suporte social* e apercebermo-nos, da possível existência de uma diferença estatisticamente significativa.



Tabela 20. Teste t-Student para amostras independentes  
Estratégia Suporte Social – Grupo

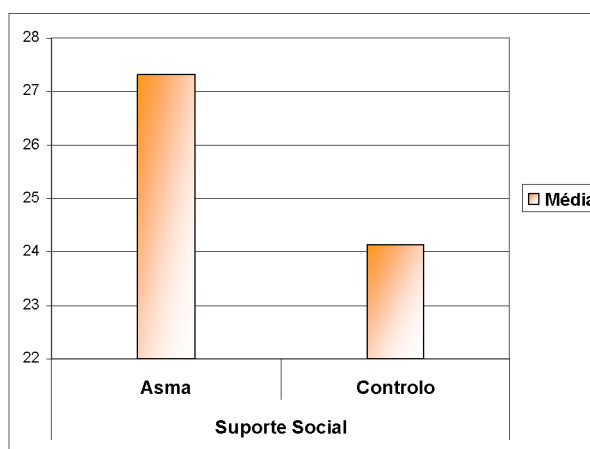
		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	T	df	Sig.	Mean Diff.	Std. Error Diff.
Suporte Social	Equal variances assumed	,256	,615	2,339	53	,023	3,18067	1,35969

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Suporte social	Asma	34	27,3235	4,54420	,77932
	Controlo	21	24,1429	5,43402	1,18580

Tabela 21. Comparação de médias entre grupos no Suporte Social

Grupo	N	Média	Desvio Padrão
Asma	34	27,3235	4,54420
Controlo	21	24,1429	5,43402

Gráfico 4. Gráfico de comparação de médias entre grupos no Suporte Social



A partir do Teste t-Student para amostras independentes, descrito na tabela 20, podemos inferir, a partir do teste de Levene, que está assumido o pressuposto de homogeneidade das variâncias [ $F(1, 53) = 0,256$ ;  $p=0,615$ ]. Podemos constatar igualmente, que existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos que no diz respeito ao factor *suporte social* ( $T$  equal variances assumed = 2,339;  $p=0,023$ ). Podemos verificar ainda, pela tabela 21, através da comparação por médias, que o grupo com um elemento asmático, possui uma média mais elevada no factor *suporte social* ( $M=12,4706$ ;  $SD= 3,30505$ ) do que o grupo de controlo ( $M=9,8571$ ;  $SD=3,62334$ ),

diferença essa apresentada no *gráfico 4*.

Tendo em conta esta diferença significativa, procurámos também perceber, à semelhança do que realizámos com o valor da escala total, a possível influência do nível sócio-económico tendo em conta o factor *suporte social*. Estando o pressuposto da normalidade assumido, procedemos à realização de uma *ANOVA one-way*.

*Tabela 22. ANOVA 1way – Suporte Social com Nível sócio-económico*

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	3,281 (a)	20	,164	,339	,994
Intercept	108,143	1	108,143	223,324	,000
Suporte social	3,281	20	,164	,339	,994
Error	16,464	34	,484		
Total	177,000	55			
Corrected Total	19,745	54			

A partir da *tabela 22*, podemos inferir que não existem diferenças significativas entre os níveis sócio-económicos no que se reporta ao factor *suporte social* [ $F(20, 54)$ ;  $p = 0,994 > 0,05$ ].

Tendo em conta que o pressuposto de normalidade foi violado para os restantes factores, usamos o Teste de *Mann-Whitney* para verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos tendo em conta a influência destes factores.

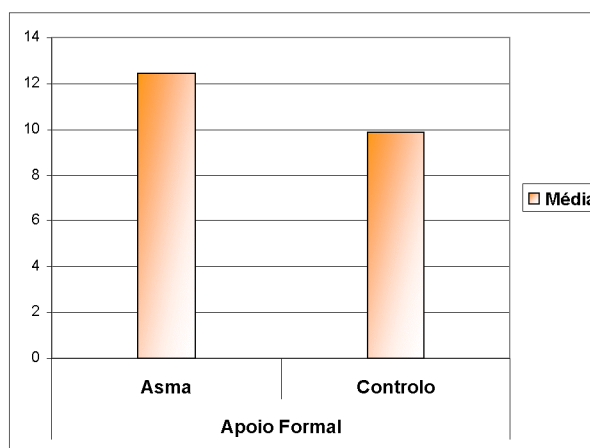
*Tabela 23. Teste de Mann-Whitney – Restantes factores com grupo*

	Reenquadramento	Apoio Espiritual	Apoio Formal	Aceitação Passiva
Mann-Whitney U	343,000	314,500	218,000	291,000
Wilcoxon W	574,000	545,500	449,000	522,000
Z	-,244	-,739	-2,422	-1,154
Asymp. Sig. (2-tailed)	,807	,460	<b>,015</b>	,249

*Tabela 24. Comparação de médias no Factor Apoio Formal*

Grupo	N	Média	Desvio Padrão
Asma	34	12,4706	3,30505
Controlo	21	9,8571	3,62334

Gráfico 5. Gráfico de comparação de médias entre grupos no Apoio Formal



Tendo em conta o teste de Mann-Whitney, mencionado na tabela 23, podemos perceber que a estratégia apoio formal é a única que se mostra significativamente diferente tendo em conta a média dos dois grupos ( $U = 229,500$ ;  $p = 0,015 < 0,05$ ). Todas as restantes estratégias não apresentam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos. Podemos verificar ainda, pela tabela 24, através da comparação por médias, que o grupo de famílias com um elemento asmático possui uma média mais elevada ( $M=12,470$ ;  $SD=3,30505$ ) do que o grupo de controlo ( $M=9,8571$ ;  $SD=3,62334$ ). Essa diferença é explicitada no gráfico 5.

A partir deste resultado, procurámos perceber as diferenças no nível sócio-económico tendo em conta o factor apoio formal. Recorremos mais uma vez ao teste de Mann-Whitney.

Tabela 25. Teste de Mann-Whitney – Factor apoio formal com Nível sócio-económico

	Nível sócio-económico	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Apoio Formal	Baixo	21	30,07	631,50
	Médio	30	23,15	694,50
	Total	51		

	Apoio Formal
Mann-Whitney U	229,500
Wilcoxon W	694,500
Z	-1,647
Asymp. Sig. (2-tailed)	,100

O teste de Mann-Whitney, mencionado na tabela 25, não revela a presença de diferenças significativas no nível sócio-económico tendo em conta da estratégia apoio formal ( $p = 1,00 > 0,05$ ).

## V – Discussão

Tendo em conta o **Inventário Qualidade de Vida**, podemos, através das análises realizadas neste estudo, chegar a várias conclusões.

Tendo em conta a escala total, os grupos não se diferenciaram significativamente entre si, o que vem contrariar a nossa hipótese, no sentido de que o índice da qualidade de vida seria inferior no grupo com um elemento asmático em relação ao grupo de controlo. Partimos deste pressuposto tendo em conta a literatura consultada, e que indicava a possibilidade das famílias, devido à presença da doença crónica, poderem vir a sofrer condicionamentos à sua actividade normal e, portanto, à sua qualidade de vida (Comissão de Coordenação do Programa da Asma, 2001). Pensámos que este resultado se poderá dever ao facto de a escala ter apenas dois itens que remetem para a satisfação com a saúde, pelo que apenas numa análise mais particular é que podemos encontrar diferenças. Também não verificámos diferenças entre os géneros tendo em conta a escala total, porém, no que concerne ao nível económico foram detectadas diferenças significativas, que as comparações múltiplas localizaram entre o nível sócio-económico baixo e elevado.

Embora os dois grupos não se tenham diferenciado significativamente na escala total, podemos presenciar diferenças de relevo tendo em conta os factores. Relembramos que a estrutural factorial remete para onze factores, porém, no nosso estudo foi criado um factor isolado em que pudéssemos analisar particularmente a satisfação com a saúde em relação aos dois grupos. A esse respeito, podemos constatar, tal como avançado pela nossa hipótese, que o grupo clínico apresenta um nível de satisfação inferior com a saúde face ao grupo de controlo. Pensámos que essa diferença apenas se manifestou na análise de um factor específico e não na análise da escala total, visto que o instrumento apenas possui dois itens relacionados com a saúde, um remetendo para a satisfação do respondente com a sua própria saúde e outro que remete para a satisfação com a saúde dos outros elementos da família. Tendo atenção particular a este factor, podemos concluir que tanto a média de satisfação do próprio com a saúde como com os outros elementos da família é superior no grupo de controlo em relação ao grupo com elemento com doença crónica. Avançamos com a possibilidade deste nível inferior de satisfação se dever ao carácter crónico da doença, ou seja, o facto de sabermos que esta é uma doença sem cura faz dessa insatisfação não algo temporário mas permanente.

Ainda no que diz respeito aos factores, encontrámos uma influência do nível sócio-económico no factor financeiro, assim como uma intercepção significativa entre o factor financeiro e o factor casa. Apesar de não estar previsto inicialmente na nossa hipótese, esta significância tem o seu peso, pois as questões financeiras são hoje uma fonte de *stress* para as famílias e condicionam o acesso aos

cuidados de saúde. Recordamos que Stein and Jessop (1985, cit. in Mailick, Holden & Walther, 1994) identificaram como um domínio de encargo para as famílias com portadores de doença crónica as dificuldades económicas, devido aos gastos com a medicação para controlo da doença. Também pesquisamos a influência do nível sócio-económico no factor saúde e, apesar de não termos encontrado diferenças significativas, o nível de significância é bastante aproximado do que seria de relevo.

Tendo em conta as **Escalas de avaliação pessoal para a crise em família**, também nos foi possível chegar a vários resultados.

Tendo em conta a escala total, os grupos não se diferenciaram significativamente entre si, nem no que toca ao género e ao nível sócio-económico. Procurámos então mais particularmente, e de acordo com a nossa hipótese, diferenças ao nível do *coping* interno e externo nos dois grupos. De acordo com o que tínhamos avançado, detectámos diferenças entre os dois grupos, recorrendo o grupo de famílias com um elemento asmático de forma mais significativa a este tipo de estratégias em relação ao grupo de controlo. Este resultado faz-nos sentido e vem reforçar a ideia de que a entrada dos filhos na escola mobiliza a família nuclear para o exterior (Alarcão, 2006; Relvas, 1996), isto atendendo à etapa do ciclo vital sobre a qual nos debruçamos no nosso estudo. Estes dados vêm mostrar como esta etapa representa “um momento capital de abertura do sistema familiar ao mundo extra-familiar” (Relvas, 1996, p. 114), o que pode ser vivenciado como uma fonte de tensão familiar. Já em relação ao *coping* interno, as diferenças entre as médias dos grupos não se mostraram relevantes.

Embora não se tenham verificado diferenças significativas ao nível da escala total de *coping*, quando analisámos as estratégias de forma isolada, tendo em conta o grupo, foi-nos possível chegar a conclusões interessantes. Do total de cinco estratégias, os dois grupos diferenciaram-se de forma significativa em duas, tal de acordo como esperado nas nossas hipóteses. Assim, verificou-se que o grupo de famílias com um filho asmático diferenciou-se do grupo de controlo, recorrendo de forma mais relevante à estratégia aquisição de suporte social e ao apoio formal. Este é um dado consistente com o resultado anterior, pois estas estratégias integram o factor relacionado com o *coping* externo. Este resultado parece contrariar as conclusões que Olson, McCubbin e colaboradores (1983) retiraram do seu estudo, que pretendia verificar se as estratégias de *coping* variavam ao longo do ciclo vital da família, tendo em conta o instrumento “*Family crisis oriented personal evaluation scales*” (F-COPES). Os resultados dessa investigação indicaram que com pelo menos três elementos as estratégias de aquisição de suporte social são menos utilizadas do que quando o número de elementos é menor, ou seja, na primeira e nas duas últimas fases do ciclo vital. Já a mobilização de apoios formais é uma estratégia utilizada com mais frequência também nas duas

últimas fases do ciclo de vida familiar, o que os autores atribuem ao facto de ser uma fase onde as preocupações com a saúde aumentam.

Ainda que os nossos estudos tenham obtido em resultados discrepantes em relação ao realizado por Olson, McCubbin e colaboradores (1983), temos de ter em conta o facto dos autores terem utilizado no seu estudo famílias ditas “saudáveis” e o nosso estudo valer-se de famílias recolhidas em contexto clínico e portadoras de um elemento com doença crónica. Tendo em conta este facto, podemos supor que a diferença nos resultados se deveu à interferência da doença crónica, porém, a nossa amostra não é significativa, pelo que não podemos generalizar os resultados e apenas podemos colocar hipóteses.

A tendência significativamente superior das famílias com um elemento asmático para recorrerem às estratégias aquisição de suporte social e mobilização de apoio formais faz-nos sentido à luz da bibliografia consultada, pois perante a doença crónica, é natural que a família recorra ao informal e ao apoio formal como forma de lidar com a doença. O apoio informal integra a ajuda oferecida pelos familiares, amigos, etc., enquanto o apoio formal engloba as instituições formais. Tendo em conta que esta é uma doença com raiz biológica, embora esse seja um facto ainda em discussão com a emergência de estudos que ressaltam a importância dos factores psicológicos, é natural que a família recorra aos serviços de saúde, pois até foi num dos serviços que obtivemos contacto com elas. Ou seja, os serviços de saúde acabam por fazer parte da vida familiar, com a cultura médico-hospitalar a fazer parte da vida das crianças e das suas famílias desde muito cedo (Goulart & Sperb, 2003).

Deste modo, foi-nos possível testar as nossas hipóteses e chegar a conclusões de acordo com o que inicialmente se tinha proposto para este estudo exploratório. Ainda assim, é nosso dever nos reportarmos às **limitações** do nosso estudo, que passam por questões relacionadas com a amostra. Esta amostra clínica cingiu-se a um total de 34 famílias, todas utentes de um Centro de Saúde em particular. Talvez por essas razões tenhamos obtido uma amostra bastante homogénea. Por outro lado, cingimos o nosso estudo a uma etapa do ciclo vital em particular, pelo que todas as conclusões a que chegamos devem ser lidas à luz das características estruturais e funcionais deste ciclo familiar em particular. Deste modo, voltamos a reafirmar o carácter exploratório deste estudo, alertando para a impossibilidade de generalizar este dados a todas as famílias de crianças asmáticas.

Tendo em conta estas limitações, parece-nos pertinente especular acerca da relevância de **estudos posteriores**. Investigações posteriores poderiam ter em conta as limitações já explicitadas e abarcar uma amostra mais heterogénea e recolhida em várias instituições de saúde. Por outro lado, seria importante expandir o estudo a outras etapas do ciclo vital. Uma das etapas relevantes podia

remeter para a família com filhos adolescentes, onde as questões da autonomia se podem revelar incompatíveis com a superprotecção familiar. Outro estudo poderia ainda focar-se simultaneamente na diferença das percepções maternas/paternas face à qualidade de vida e às estratégias de *coping* numa família com um elemento asmático. Com adolescentes também poderia ser pertinente estudar conjuntamente as mesmas percepções mas tendo em conta a visão do adolescente asmático e da sua família. Estas são questões interessantes, mas que ultrapassam o nosso foco de estudo, restrito a nível populacional (crianças asmáticas entre os 6 e os 12 anos) e familiares (famílias na etapa com filhos em idade escolar). Deste modo, abrimos aqui uma “porta” a futuras investigações no campo da doença crónica, tendo em conta o seu impacto no *stress*, qualidade de vida e estratégias de *coping* dos doentes crónicos e dos seus cuidadores.

## VI – Conclusões

Tendo em conta as nossas hipóteses e os resultados da análise estatística realizada neste estudo, tivemos oportunidade de chegar a resultados com alguma pertinência.

No que diz respeito à qualidade de vida, não foram encontradas diferenças entre os grupos no que diz respeito à escala total, o que vem contrariar a nossa primeira hipótese. Ainda tendo em conta a escala total, verificámos a influência do nível sócio-económico. No que diz respeito aos factores, podemos verificar que, de acordo com a nossa segunda hipótese, o grupo de famílias com crianças asmáticas mostrou um nível de satisfação com a saúde inferior em relação ao grupo de controlo. Assim, a satisfação com a saúde do próprio e com a satisfação dos outros elementos da família é superior, em termos de média, no grupo de controlo face ao grupo com uma doença crónica no subsistema filial.

Na escala total de *coping*, os dois grupos também não se diferenciaram de forma relevante, porém, analisando individualmente as estratégias que remetem para o *coping* interno e para o *coping* externo podemos verificar, de acordo com a nossa terceira hipótese, que o grupo com um familiar com asma recorre de forma significativamente superior ao segundo conjunto de estratégias. Essa diferença ainda é mais notável quando temos em conta as estratégias de forma individual. Do total de cinco estratégias, detectámos diferenças tendo em conta a aquisição de suporte social e o apoio formal, com o grupo clínico a recorrer de forma significativamente superior a estas duas estratégias em particular face ao grupo de controlo, o que vem confirmar as nossas quarta e quinta hipóteses.

Assim, com este estudo exploratório, tivemos oportunidade de confirmar o nosso pressuposto de que a presença de uma doença crónica como a asma no subsistema filial da família pode constituir

uma fonte de *stress*, influenciando a percepção da qualidade de vida familiar e as estratégias de *coping* utilizadas pela família. Ainda assim, assumimos as limitações da nossa investigação e incitamos a estudos posterior nesta área. Essas investigações assumem particular relevo tendo em conta a tendência mundial para o aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas. É segundo essa tendência que se torna relevante avaliar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares e as estratégias para lidar com o desafio de adaptação à condição de doente crónico. Só desse modo, apercebendo-nos das suas necessidades, podemos criar condições, enquanto técnicos de saúde mental, para proporcionar uma melhor adaptação à doença e fomentar o *coping* e o *empowerment* dos doentes crónicos e dos familiares, o que toma especial relevo nos cuidados de saúde primários.

### Bibliografia

- Alarcão, M. (1991). *Criança asmática: subsídios para a compreensão das interrelações familiares da criança asmática*. Dissertação de doutoramento, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, A. B., Cristóvão, C., Ricomá, J., Furtado, S., & Monteiro, P. (2001). Asma brônquica: Que realidade? [Versão Electrónica]. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 9(1), 43-46.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M. M., Gaspar, A., Romeira, A. M., Vau, T. A., Braga, C. N., Sampaio, G., Pires, G., Prates, S., & Pinto, J. R. (2004). Factores de risco para asma activa em idade escolar: Estudo prospectivo com oito anos de duração [Versão Electrónica]. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, XII, 20-40.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica [Versão Electrónica]. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Bender, B. G. (1996). Measurement of quality of life in pediatric asthma clinica trials. [Versão Electrónica]. *Allergy Asthma Immunology*, 77, 438-447.



- Bender, B. G., Lapidus, J., Annett, R. D., Duhamel, T. R., Lincoln, A. (2001). Predicting children's quality of life in asthma clinical trial: What do children's reports tell us? [Versão Electrónica]. *Journal of Pediatrics*, 139(6), 854-861.
- Bennet, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cardoso, R. (1999). *O stress*. Introdução. In R. Cardoso (Ed.). *O stress na profissão docente*. Porto: Porto Editora.
- Comissão de Coordenação do Programa da Asma (2001). *Manual de boas práticas na asma*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Cordeiro, A. J. A. C. (1995). *Pneumologia fundamental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Direcção-Geral da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: Ponto de situação. Relatório do director-geral e alto-comissário da saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Falcão, F. (2007). *Não consigo parar de espirrar. Alergias e asma: (Con)viver com elas*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- Fernandes, A. L. G., & Oliveira, M. A. (1997). Avaliação da qualidade de vida na asma [Versão Electrónica]. *Jornal de Pneumologia*, 23(3), 148-152.
- Ferreira, D., Duarte, R., & Carvalho, A. (2007). Exacerbações na asma persistente grave: Impacto do controlo dos factores de risco [Versão Electrónica]. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII(5), 675-689.
- Frota, M. A., Martins, M. C., & Santos, R. C. (2008). Significado cultural da asma infantil [Versão Electrónica]. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 512-516.
- Global Initiative for Asthma (2007). *Global strategy for asthma management and prevention: Canada*. Retirado em 20 de Maio de 2008 através de <http://www.ginasthma.com/>
- Goulart, C. M. T., & Sperb, M. T. (2003). História de criança: As narrativas de crianças asmáticas ao brincar [Versão Electrónica]. *Psicologia: Reflexo e Crítica*, 16(2), 355-365.
- Instituto Nacional de Estatística (1998). *Tipologia das áreas urbanas*. Lisboa: Direcção Geral do Ordenamento do Território e

Desenvolvimento Urbano.

Instituto Nacional de Estatística (1998). *Estatísticas demográficas: classificação nacional das profissões*. Lisboa: I.N.E.

Kemp, J., & Kemp, J. (2001). Management of asthma in children [Versão Electrónica]. *American Family Physician*, 63(7), 1341-1348.

Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006) *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.

Machado, A. A. C. (2003). *Variáveis psicológicas na doença asmática: Um estudo à luz do modelo cognitivo-comportamental*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Maestre, A. M. G, Ruiz, W. M., & Rubiol, T. C. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil [Versão Electrónica]. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2(2), 137-149.

Mailick, M. D., Holden, G., & Walther, V. N. (1994). *Coping with childhood asthma: Caretaker's views*. *Health & Social Work. Silver Spring*, 19, 103 [Versão Electrónica]. Retirado a 21 de Maio de 2008 através de ProQuest Database.

Majani, G., Baiardini, I., Giardini, A., Pasquali, M., Tiozzo, M. Tosca, M., *et al.* (2005). Impact on children's respiratory allergies on caregivers [Versão Electrónica]. *Monalide Archives of Chest Disease*, 63 (4), 199-203.

Marinheiro, P. P. (2007). Validação do questionário de qualidade de vida da pessoa encarregada da criança com asma – PACQLQ [Versão Electrónica]. *Revista Referência*, II (5), 77-88.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.

Matos, A. P. S., & Machado, A. C. C. Influências das variáveis biopsicossociais na qualidade de vida em asmáticos [Versão Electrónica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 139-148.

Monat, A., & Lazarus (1985). *Stress and coping. An anthology (2ª ed.)*. New York: Columbia University Press.

- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Moreno, M. C. A. (2002). *Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil* [Versão Electrónica]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Morgado, M. V., Pires, A., & Pinto, J. R. (2000). Auto-eficácia na criança asmática [Versão Electrónica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 121-128.
- Olson, D., & DeFrain, J. (2003). *Mariages and families, intimacy, diversity and strengths* (4ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1985). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (Ed. rev.). St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olson, D., McCubin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families. What Makes Them Work*. Sage Publications.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Asthma. Fact sheet n°307*. Retirado a 20 de Maio de 2008 através de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>
- Peçanha, D. L., & Lacharité, C. (2007). The systemic family assessment system: Its validity with asthmatic children and their family [Versão Electrónica]. *Psicologia em Estudo*, 12(3), 503-512.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Scala, C. K, Solé, D., & Naspitz, C. (2005). Avaliação de instrumento para medir qualidade de vida em asmáticos: Uso em crianças e adolescentes [Versão Electrónica]. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 13(3), 233-242.
- Serra, A. V. (1999) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições Minerva.
- Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do*  
Qualidade de vida e estratégias de coping  
em famílias com crianças asmáticas em idade escolar  
Ana Patrícia Leandro Passarinho ([lunapatricia16@gmail.com](mailto:lunapatricia16@gmail.com)) 2008

*teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.R.C.).* Dissertação de doutoramento, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.

Tattersfield, A. E., Knox, A. J., Britton, J. R., & Hall, I. P. Asthma. *The Lancet*, 360, 9342, 1313 [Versão Electrónica]. Retirado a 22 de Maio de 2008 através de ProQuest Database

Vásquez, M. I., & Buceta, J. M. (1996). *Tratamento psicológico del asma bronquial*. Madrid: Pirâmide.

Viana, V., Barbosa, M. C., & Guimarães, J. (2007). Doença crónica na criança: Factores familiares e qualidade de vida [Versão Electrónica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 117-127.

Vila, G., Hayder, R., Bertrand, C., Falisard, B., Blic, J., Mouren-Simeoni, M. C., et al. (2003). Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents [Versão Electrónica]. *Psychosomatics*, 44(4), 319-328.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### *Outputs* do SPSS resultantes da análise estatística

## Consistência interna da Amostra Clínica

### Reliability Statistics – QV

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,928	,929	40

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q Casamento 1	3,91	1,026	34
Q Casamento 2	3,94	,919	34
Q Casamento 3	4,56	,561	34
Q Casamento 4	3,79	,946	34
Q Amigos 5	3,56	,824	34
Q Amigos 6	3,62	,779	34
Q Saúde 7	3,24	,890	34
Q Saúde 8	2,74	,666	34
Q Casa 9	3,74	1,163	34
Q Casa 10	3,82	,716	34
Q Casa 11	3,29	,760	34
Q casa espaço 12	3,26	1,109	34
Q casa espaço 13	3,41	,988	34
Q Educação 14	2,91	1,264	34
Q Educação 15	3,24	,855	34
Q Tempo 16	2,29	,970	34
Q Tempo 17	2,38	,817	34

Q Tempo 18	3,06	,952	34
Q Tempo 19	2,94	,851	34
Q Tempo 20	2,71	,906	34
Q Religião 21	3,12	1,008	34
Q Religião 22	2,88	1,008	34
Q Emprego 23	3,41	,857	34
Q Emprego 24	3,24	1,103	34
Q Mass media 25	3,21	,770	34
Q Mass media 26	2,68	,684	34
Q Mass media 27	2,68	,843	34
Q rendimento 28	2,74	,790	34
Q rendimento 29	2,65	1,041	34
Q rendimento 30	2,44	,960	34
Q rendimento 31	2,76	,955	34
Q rendimento 32	2,56	,824	34
Q rendimento 33	2,41	1,048	34
Q rendimento 34	2,41	1,131	34
Q vizinhança 35	3,18	,999	34
Q vizinhança 36	2,97	,904	34
Q vizinhança 37	2,79	,946	34
Q vizinhança 38	3,29	,970	34
Q vizinhança 39	2,59	1,104	34
Q vizinhança 40	2,50	1,108	34

#### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,073	2,294	4,559	2,265	1,987	,269	40
Item Variances	,878	,315	1,598	1,283	5,079	,075	40

#### Item-Total Statistics



	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q Casamento 1	119,00	348,364	,497	.	,926
Q Casamento 2	118,97	347,242	,594	.	,925
Q Casamento 3	118,35	359,811	,391	.	,927
Q Casamento 4	119,12	357,683	,276	.	,928
Q Amigos 5	119,35	349,690	,587	.	,925
Q Amigos 6	119,29	353,244	,498	.	,926
Q Saúde 7	119,68	353,680	,418	.	,927
Q Saúde 8	120,18	363,786	,166	.	,928
Q Casa 9	119,18	345,301	,504	.	,926
Q Casa 10	119,09	352,810	,562	.	,926
Q Casa 11	119,62	355,758	,422	.	,927
Q casa espaço 12	119,65	351,750	,372	.	,927
Q casa espaço 13	119,50	350,682	,454	.	,926
Q Educação 14	120,00	342,424	,522	.	,926
Q Educação 15	119,68	346,407	,670	.	,924
Q Tempo 16	120,62	352,001	,426	.	,927
Q Tempo 17	120,53	353,408	,468	.	,926
Q Tempo 18	119,85	343,523	,681	.	,924
Q Tempo 19	119,97	346,211	,680	.	,924
Q Tempo 20	120,21	351,259	,482	.	,926
Q Religião 21	119,79	359,623	,204	.	,929
Q Religião 22	120,03	353,060	,379	.	,927
Q Emprego 23	119,50	355,106	,390	.	,927
Q Emprego 24	119,68	343,498	,581	.	,925
Q Mass media 25	119,71	353,668	,490	.	,926
Q Mass media 26	120,24	361,398	,253	.	,928
Q Mass media 27	120,24	357,822	,311	.	,928
Q rendimento 28	120,18	360,210	,254	.	,928

Q rendimento 29	120,26	343,352	,622	.	,925
Q rendimento 30	120,47	342,984	,691	.	,924
Q rendimento 31	120,15	346,978	,578	.	,925
Q rendimento 32	120,35	349,447	,595	.	,925
Q rendimento 33	120,50	351,227	,410	.	,927
Q rendimento 34	120,50	348,076	,452	.	,927
Q vizinhança 35	119,74	350,564	,451	.	,926
Q vizinhança 36	119,94	345,087	,671	.	,924
Q vizinhança 37	120,12	344,349	,661	.	,924
Q vizinhança 38	119,62	344,304	,644	.	,924
Q vizinhança 39	120,32	345,801	,522	.	,926
Q vizinhança 40	120,41	354,492	,305	.	,928

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
122,91	368,447	19,195	40

#### Reliability Statistics – F-COPES

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,732	,740	30

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC1	3,94	1,205	34
FC2	4,15	,892	34
FC3	4,29	,799	34
FC4	3,71	,906	34
FC5	3,76	1,103	34
FC6	2,85	1,282	34
FC7	3,74	1,082	34
FC8	2,71	1,467	34
FC9	3,76	1,304	34
FC10	2,56	1,260	34
FC11	4,12	1,122	34
FC12	3,03	1,527	34
FC13	3,68	1,199	34
FC14	2,76	1,208	34
FC15	3,68	,768	34
FC16	3,68	1,093	34
FC17	3,00	1,128	34
FC18	2,62	1,101	34
FC19	3,21	1,038	34
FC20	3,59	1,234	34
FC21	3,15	1,329	34
FC22	4,09	,668	34
FC23	2,74	1,333	34
FC24	3,82	,673	34
FC25	3,06	1,127	34
FC26	3,32	,912	34
FC27	1,97	1,087	34
FC28	1,68	,912	34
FC29	1,94	1,179	34
FC30	4,12	,880	34

### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,290	1,676	4,294	2,618	2,561	,494	30
Item Variances	1,242	,447	2,332	1,886	5,224	,218	30

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC1	94,76	120,185	,219	,971	,727
FC2	94,56	122,254	,222	,914	,727
FC3	94,41	128,128	-,074	,965	,740
FC4	95,00	118,545	,409	,950	,717
FC5	94,94	112,724	,576	,963	,705
FC6	95,85	118,432	,263	,944	,724
FC7	94,97	118,332	,337	,896	,720
FC8	96,00	123,333	,060	,943	,741
FC9	94,94	114,481	,403	,969	,714
FC10	96,15	119,766	,220	,899	,727
FC11	94,59	122,068	,165	,910	,730
FC12	95,68	124,953	,004	,815	,746
FC13	95,03	124,211	,066	,843	,737
FC14	95,94	114,299	,452	,985	,711
FC15	95,03	119,908	,412	,937	,719
FC16	95,03	119,423	,285	,922	,723
FC17	95,71	122,093	,163	,988	,731
FC18	96,09	115,295	,462	,884	,712
FC19	95,50	127,348	-,043	,924	,742

FC20	95,12	118,955	,258	,882	,725
FC21	95,56	118,921	,233	,984	,727
FC22	94,62	124,971	,134	,945	,731
FC23	95,97	112,514	,465	,982	,709
FC24	94,88	123,501	,232	,970	,727
FC25	95,65	116,175	,411	,946	,715
FC26	95,38	125,940	,032	,971	,736
FC27	96,74	114,928	,486	,941	,711
FC28	97,03	121,908	,233	,865	,726
FC29	96,76	118,973	,275	,939	,724
FC30	94,59	122,613	,207	,747	,728

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
98,71	127,426	11,288	30

#### Teste de normalidade e homogeneidade das variâncias – Qvtotal

#### Tests of Normality

grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVtotal asma	,119	34	,200(*)	,946	34	,090
controle	,106	21	,200(*)	,947	21	,299

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene	df1	df2	Sig.
		Statistic			
QVtotal	Based on Mean	,112	1	53	,739
	Based on Median	,149	1	53	,701
	Based on Median and with adjusted df	,149	1	52,784	,701
	Based on trimmed mean	,098	1	53	,756

### Anova – Grupo, Género, Nível sócio-demográfico – Qvtotal

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: QVtotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	4919,922(a)	8	614,990	1,717	,120
Intercept	384336,877	1	384336,877	1072,915	,000
Grupo	133,569	1	133,569	,373	,544
Género	106,610	1	106,610	,298	,588
Nível socioeconomico	2613,341	2	1306,670	3,648	,034
grupo * Género	440,046	1	440,046	1,228	,273
Grupo * Nível socioeconomico	52,924	2	26,462	,074	,929
Género * Nível socioeconomico	371,084	1	371,084	1,036	,314
Grupo * Género * Nível socioeconomico	,000	0	.	.	.
Error	16478,006	46	358,218		

Total	877526,000	55			
Corrected Total	21397,927	54			

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: QVtotal

Bonferroni

(I) nível sócio-económico		(J) nível sócio-económico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound
baixo	médio		-11,9286	5,38503	,095	-25,3087	1,4516
	elevado		-32,3452(*)	10,32533	,009	-58,0005	-6,6900
médio	baixo		11,9286	5,38503	,095	-1,4516	25,3087
	elevado		-20,4167	10,07447	,146	-45,4486	4,6153
elevado	baixo		32,3452(*)	10,32533	,009	6,6900	58,0005
	médio		20,4167	10,07447	,146	-4,6153	45,4486

### Teste de Normalidade – Factores do QV

#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
financeiro	,078	55	,200(*)	,974	55	,283
tempo	,147	55	,005	,965	55	,112
vizinhanca	,252	55	,000	,885	55	,000
casa	,084	55	,200(*)	,980	55	,470
media	,198	55	,000	,949	55	,022
relacoessaude	,147	55	,004	,958	55	,051
saude	,247	55	,000	,920	55	,001

emprego	,157	55	,002	,947	55	,017
religiao	,276	55	,000	,891	55	,000
familia	,168	55	,001	,888	55	,000
filhos	,178	55	,000	,755	55	,000
educacao	,212	55	,000	,940	55	,008

### Teste t-Student amostras independentes – Factores Financeiro e Casa – Grupo

#### Group Statistics

grupo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
financeiro	asma	34	15,3824	4,91759	,84336
	controlo	21	16,2381	4,72128	1,03027
casa	asma	34	17,5294	3,50095	,60041
	controlo	21	18,8095	3,48739	,76101

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
financeiro	Equal variances assumed	,035	,852	-,636	53	,527	-,85574	1,34455	-3,55256	1,84108
	Equal variances not assumed			-,643	43,850	,524	-,85574	1,33143	-3,53932	1,82784
casa	Equal variances assumed	,031	,861	-1,319	53	,193	-1,28011	,97025	-3,22619	,66597



Equal variances not assumed			-1,321	42,636	,194	-1,28011	,96934	-3,23546	,67524
--------------------------------	--	--	--------	--------	------	----------	--------	----------	--------

### Anova – Factor Financeiro e Casa – Nível Sócio-económico

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: nível sócio-económico

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	19,245(a)	46	,418	6,694	,004
Intercept	108,579	1	108,579	1737,258	,000
financeiro	9,452	19	,497	7,959	,003
casa	2,100	14	,150	2,400	,108
financeiro * casa	5,912	13	,455	7,276	,004
Error	,500	8	,063		
Total	177,000	55			
Corrected Total	19,745	54			

### Teste de Mann-Whitney para restantes factores do QV

#### Ranks

	grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
tempo	asma	34	28,24	960,00
	controlo	21	27,62	580,00
	Total	55		
vizinhanca	asma	34	26,16	889,50
	controlo	21	30,98	650,50
	Total	55		
media	asma	34	26,54	902,50

	controle	21	30,36	637,50
	Total	55		
relacoessaude	asma	34	25,56	869,00
	controle	21	31,95	671,00
	Total	55		
saude	asma	34	22,85	777,00
	controle	21	36,33	763,00
	Total	55		
emprego	asma	34	27,93	949,50
	controle	21	28,12	590,50
	Total	55		
religiao	asma	34	29,69	1009,50
	controle	21	25,26	530,50
	Total	55		
familia	asma	34	27,78	944,50
	controle	21	28,36	595,50
	Total	55		
filhos	asma	34	26,93	915,50
	controle	21	29,74	624,50
	Total	55		
educacao	asma	34	26,69	907,50
	controle	21	30,12	632,50
	Total	55		

#### Test Statistics(a)

	tempo	vizinhanca	Media	relacoessaude	saude	emprego	religiao	familia	filhos	educacao
Mann-Whitney U	349,000	294,500	307,500	274,000	182,000	354,500	299,500	349,500	320,500	312,500
Wilcoxon W	580,000	889,500	902,500	869,000	777,000	949,500	530,500	944,500	915,500	907,500
Z	-,140	-1,093	-,878	-1,454	-3,155	-,044	-1,072	-,134	-,654	-,789

Asymp. Sig. (2-tailed)	,889	,275	,380	,146	,002	,965	,284	,894	,513	,430
------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

### Teste de Mann Whitney para Factor Saúde – Nível sócio-económico

#### Ranks

nível sócio-económico		N	Mean Rank	Sum of Ranks
saude	baixo	21	21,50	451,50
	médio	30	29,15	874,50
	Total	51		

#### Test Statistics(a)

	saude
Mann-Whitney U	220,500
Wilcoxon W	451,500
Z	-1,885
Asymp. Sig. (2-tailed)	,059

a Grouping Variable: nível sócio-económico

### Teste de normalidade e homogeneidade das variâncias – F-Copestotal

#### Tests of Normality

grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPEStotal asma	,093	34	,200(*)	,985	34	,908
controle	,115	21	,200(*)	,974	21	,821

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene			
		Statistic	df1	df2	Sig.
FCOPEStotal	Based on trimmed mean	,098	1	53	,756
	Based on Mean	1,031	1	53	,315
	Based on Median	1,008	1	53	,320
	Based on Median and with adjusted df	1,008	1	50,033	,320
	Based on trimmed mean	1,019	1	53	,317

### Anova – Grupo, Género, Nível sócio-demográfico – F-copestotal

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: FCOPEStotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2063,581(a)	8	257,948	1,660	,134
Intercept	197856,082	1	197856,082	1272,910	,000
Grupo	186,765	1	186,765	1,202	,279
Género	154,169	1	154,169	,992	,325
Nível socioeconómico	258,917	2	129,458	,833	,441
Grupo * Género	3,711	1	3,711	,024	,878
Grupo * Nível socioeconómico	450,471	2	225,236	1,449	,245
Género * Nível socioeconómico	243,378	1	243,378	1,566	,217
Grupo * Género * Nível socioeconómico	,000	0	.	.	.

Error	7150,056	46	155,436		
Total	511305,000	55			
Corrected Total	9213,636	54			

### Teste de normalidade – Coping Interno e Coping Externo

#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
copinginterno	,121	55	,044	,963	55	,088
copingexterno	,076	55	,200(*)	,988	55	,849

### Teste t-Student para amostras independentes – Coping externo – Grupo

#### Group Statistics

grupo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
copingexterno	asma	34	51,3824	8,28659	1,42114
	controle	21	44,7143	10,82194	2,36154

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
copingexterno	Equal variances assumed	1,110	,297	2,577	53	,013	6,66807	2,58801	1,47718	11,85895

Equal variances not assumed			2,419	34,376	,021	6,66807	2,75618	1,06910	12,26703
-----------------------------	--	--	-------	--------	------	---------	---------	---------	----------

### Teste de Mann Whitney para *coping* interno – Grupo

#### Ranks

grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
copinginterno asma	34	29,75	1011,50
controle	21	25,17	528,50
Total	55		

#### Test Statistics(a)

	Copinginterno
Mann-Whitney U	297,500
Wilcoxon W	528,500
Z	-1,036
Asymp. Sig. (2-tailed)	,300

a Grouping Variable: grupo

### Teste de Normalidade – Factores do F-Copes

#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
suportesocial	,091	55	,200(*)	,977	55	,370
reenquadra	,130	55	,022	,975	55	,294
apoioesp	,127	55	,028	,942	55	,010
apoiofor	,121	55	,042	,975	55	,310

aceipass	,129	55	,023	,967	55	,128
----------	------	----	------	------	----	------

### Teste t-Student para amostra independentes – Suporte social – Grupo

#### Group Statistics

grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
suportesocial asma	34	27,3235	4,54420	,77932
suportesocial controle	21	24,1429	5,43402	1,18580

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
suportesocial	Equal variances assumed	,256	,615	2,339	53	,023	3,18067	1,35969	,45348	5,90787
	Equal variances not assumed			2,242	36,843	,031	3,18067	1,41897	,30516	6,05619

### Anova – Suporte Social – Nível Sócio-económico

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: nível sócio-económico

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	3,281(a)	20	,164	,339	,994

Intercept	108,143	1	108,143	223,324	,000
suportesocial	3,281	20	,164	,339	,994
Error	16,464	34	,484		
Total	177,000	55			
Corrected Total	19,745	54			

Teste de Mann-Whitney para restantes dimensões do F-Copes – Grupo

**Ranks**

grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
reenquadra asma	34	28,41	966,00
reenquadra controlo	21	27,33	574,00
reenquadra Total	55		
apoioesp asma	34	29,25	994,50
apoioesp controlo	21	25,98	545,50
apoioesp Total	55		
apoiofor asma	34	32,09	1091,00
apoiofor controlo	21	21,38	449,00
apoiofor Total	55		
aceipass asma	34	29,94	1018,00
aceipass controlo	21	24,86	522,00
aceipass Total	55		

**Test Statistics(a)**

	reenquadra	apoioesp	apoiofor	aceipass
Mann-Whitney U	343,000	314,500	218,000	291,000
Wilcoxon W	574,000	545,500	449,000	522,000
Z	-,244	-,739	-2,422	-1,154
Asymp. Sig. (2-tailed)	,807	,460	,015	,249

a Grouping Variable: grupo



Teste de Mann Whitney – Factor Apoio formal – Nível sócio-económico

**Ranks**

nível sócio-económico		N	Mean Rank	Sum of Ranks
apoiofor	baixo	21	30,07	631,50
	médio	30	23,15	694,50
	Total	51		

**Test Statistics(a)**

	apoiofor
Mann-Whitney U	229,500
Wilcoxon W	694,500
Z	-1,647
Asymp. Sig. (2-tailed)	,100

a Grouping Variable: nível sócio-económico