

Universidades Lusíada

Rogério, Joana Sofia da Conceição, 1996-

Qualidade de vida em adolescentes com asma

<http://hdl.handle.net/11067/6135>

Metadata

Issue Date 2021

Abstract A asma é uma doença crónica respiratória que afeta aproximadamente 695 mil pessoas em Portugal, sendo uma das doenças mais comuns na infância e adolescência. A asma caracteriza-se pela presença de sintomas como tosse, dispneia, desconforto tóraxico, sendo que estes sintomas costumam piorar à noite e de manhã. A qualidade de vida é influenciada por diversos fatores, sendo um deles a presença de uma doença crónica e dos respetivos sintomas. O objetivo geral deste estudo é comparar a qualidade de v...

Asthma is a chronic respiratory disease that affects approximately 695,000 people in Portugal, being one of the most common diseases in childhood and adolescence. Asthma is characterized by the presence of symptoms such as coughing, dyspnea, chest discomfort, and these symptoms usually worsen at night and in the morning. Quality of life is influenced by several factors, one of which is the presence of a chronic disease and its symptoms. The general objective of this study is to compare the qual...

Keywords Asmáticos, Asma - Aspectos psicológicos, Qualidade de vida, Auto-percepção na adolescência

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2022-08-16T11:04:21Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

Qualidade de vida em adolescentes com asma

Realizado por:
Joana Sofia da Conceição Rogério

Orientado por:
Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro
Arguente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Dissertação aprovada em: 20 de janeiro de 2022

Lisboa

2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Qualidade de vida em adolescentes com asma

Joana Sofia da Conceição Rogério

Lisboa

Agosto 2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Qualidade de vida em adolescentes com asma

Joana Sofia da Conceição Rogério

Lisboa

Agosto 2021

Joana Sofia da Conceição Rogério

Qualidade de vida em adolescentes com asma

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro

Lisboa

Agosto 2021

FICHA TÉCNICA

Autora Joana Sofia da Conceição Rogério
Orientadora Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro
Título Qualidade de vida em adolescentes com asma
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ROGÉRIO, Joana Sofia da Conceição, 1996-

Qualidade de vida em adolescentes com asma / Joana Sofia da Conceição Rogério ; orientado por Elisa Kern de Castro. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CASTRO, Elisa Kern de, 1976-

LCSH

1. Asmáticos
2. Asma - Aspectos psicológicos
3. Qualidade de vida
4. Auto-percepção na adolescência
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Asthmatics

2. Asthma - Psychological aspects

3. Quality of life

4. Self-perception in adolescence

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RJ436.A8 R64 2021

A vocês, que construíram com muita dificuldade tudo aquilo a que nos agarramos hoje. A vocês que, incansavelmente, estiveram presentes em todos os objetivos que completei ao longo da vida. A vocês que me ensinaram o que é persistência, luta, vida, vitória. A vocês que ajudaram, e tão bem, a proteger o meu coração de todos os males do mundo, que ajudaram, igualmente bem, a construir aquilo que sou hoje. Dedico este trabalho aos meus avós, Graciete Rogério e Joaquim Rogério, que levam a vida de uma forma inspiradora, que me mostraram o real significado de família. Obrigada.

Agradecimentos

Num ano atípico, considerado por mim um dos mais difíceis da minha vida, onde somos constantemente abordados por novos desafios, que requerem resposta, se não imediata quase imediata, precisamos dos mais próximos para equilibrar a balança e conseguir vencer e alcançar todos os nossos objetivos.

À minha orientadora Professora Doutora Elisa Kern de Castro, por toda a paciência, todo o conhecimento compartilhado, por toda a ajuda, disponibilidade e persistência, agradeço do fundo do coração, sem a sua ajuda este trabalho não seria concluído com o mesmo sucesso e empenho.

Ao amor da minha vida, à pessoa que partilha as minhas felicidades e tristezas 24/7, ao meu namorado, a ele agradeço toda a força que me deu, todas as horas que passou ao meu lado para me dar motivação para continuar, sem nunca me deixar desistir, agradeço toda a felicidade compartilhada por cada tópico concluído e todo o apoio incondicional.

Aos meus irmãos e sobrinho de coração, a eles agradeço todas as vezes que clicaram no atender, todas as vezes que se depararam com o meu pânico e me acalmaram, todas as vezes que estiveram lá, disponíveis, para me dar força e coragem para continuar.

À minha família, aos meus avós, à minha mãe, à minha irmã, ao meu pai e à Áurea, ao meu tio, primos, afilhadas e madrinha, a eles agradeço toda a paciência, todas as horas gastas a ouvir os meus desabafos, toda a ajuda para me manter equilibrada nesta fase tão desafiante. Agradeço todo o esforço e dedicação para comigo, todo o amor e carinho, que sei que ajudaram, e muito, na força e determinação para concluir este trabalho.

Sou eternamente grata por estar rodeada de pessoas assim. Obrigada por tudo.

*“The two most important days in your life are the day you are born and the day you find out
why”*

(Mark Twain)

Resumo

A asma é uma doença crónica respiratória que afeta aproximadamente 695 mil pessoas em Portugal, sendo uma das doenças mais comuns na infância e adolescência. A asma caracteriza-se pela presença de sintomas como tosse, dispneia, desconforto tóraxico, sendo que estes sintomas costumam piorar à noite e de manhã. A qualidade de vida é influenciada por diversos fatores, sendo um deles a presença de uma doença crónica e dos respetivos sintomas. O objetivo geral deste estudo é comparar a qualidade de vida, a perceção do estado de saúde e da autoimagem de adolescentes com asma e adolescentes saudáveis. O presente estudo insere-se num projeto de investigação desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania”. A amostra é constituída por 4477 adolescentes, dos quais 193 são asmáticos e 4284 não são asmáticos. O instrumento utilizado foi o KIDSCREEN 10, um questionário com questões sociodemográficas e com questões sobre a perceção do estado de saúde e do corpo e foi utilizado o SPSS para análise de dados. Nos resultados, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a população asmática e o grupo de controlo na qualidade de vida ($t= 2.628$; $p=.009$) e na perceção do estado de saúde ($X^2 = 31.714$; $p<.001$). Dentre a amostra asmática, verificou-se que características como sexo, idade, escolaridade e IMC não tiveram associação com a qualidade de vida. Verificou-se, também que não existem diferenças em relação à perceção de estado de saúde e perceção de autoimagem e o sexo, e por fim, que a perceção do estado de saúde e a perceção de autoimagem não se relacionam entre si.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Doença Crónica; Asma; Autoimagem; Estado de Saúde; Adolescência.

Abstract

Asthma is a chronic respiratory disease that affects approximately 695,000 people in Portugal, being one of the most common diseases in childhood and adolescence. Asthma is characterized by the presence of symptoms such as coughing, dyspnea, chest discomfort, and these symptoms usually worsen at night and in the morning. Quality of life is influenced by several factors, one of which is the presence of a chronic disease and its symptoms. The general objective of this study is to compare the quality of life, perception of health status and self-image of adolescents with asthma and healthy adolescents. This study is part of a research project developed at the Lusíada Center for Research in Social Work and Social Intervention (CLISSIS) by the research group “Quality of life, psychosocial intervention and citizenship”. The sample consists of 4477 adolescents, of which 193 are asthmatic and 4284 are not asthmatic. The instrument used was the KIDSCREEN 10, a questionnaire with sociodemographic questions and questions about the perception of health and body status, and SPSS was used for data analysis. In the results, it was observed that there are statistically significant differences between the asthmatic population and the control group in terms of quality of life ($t= 2,628$; $p=.009$) and in the perception of health status ($X^2 = 31,714$; $p<.001$). Among the asthmatic sample, it was found that characteristics such as gender, age, education and BMI were not associated with quality of life. It was also found that there are no differences regarding the perception of health status and perception of self-image and gender, and finally, that the perception of health status and the perception of self-image are not related to each other.

Keywords: Quality of life; Chronic disease; Asthma; Self Image; Health condition; Adolescence.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....	46
Tabela 2 – Média, desvio padrão, comparação das médias (teste t) e nível de significância da qualidade de vida entre os dois grupos (Asmáticos e Grupo de Controlo)	53
Tabela 3 – Associação entre Percepção do Estado de Saúde e a Percepção de Autoimagem com os dois grupos (Asmáticos e Grupo de Controlo).....	54
Tabela 4 – Correlação de Pearson entre as variáveis qualidade de vida e idade.....	55
Tabela 5 – Comparação das médias da qualidade de vida nos dois grupos (Sexo feminino e Sexo masculino).....	56
Tabela 6 – Comparação das médias da qualidade de vida nos dois grupos (8º ano e 10º ano).....	57
Tabela 7 – Correlação de Pearson entre as variáveis qualidade de vida e IMC.....	57
Tabela 8 – Associação entre Percepção do Estado de Saúde e a variável “Sexo”.....	58
Tabela 9 – Associação entre Percepção de Autoimagem e a variável “Sexo”.....	59
Tabela 10 – Associação entre Percepção do Estado de Saúde e a Percepção de Autoimagem....	60

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

QV – Qualidade de vida

QVRS – Qualidade de vida relacionada à saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

NHIS - National Health Interview Survey

Sumário

Agradecimentos.....	8
Resumo.....	10
Abstract.....	12
Lista de Tabelas.....	14
Lista de abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	16
Sumário.....	18
Introdução.....	20
Enquadramento Teórico	
Qualidade de Vida e Qualidade de Vida relacionada à Saúde.....	24
Qualidade de vida em crianças e adolescentes com doença crónica.....	26
Doença crónica na adolescência.....	28
Asma.....	30
Consequências na vida do adolescente com asma.....	33
Fatores que influenciam a qualidade de vida dos adolescentes com asma.....	35
Idade.....	35
Sexo.....	36
Fatores Sociodemográficos e Ambiente familiar.....	37
Escola.....	40
Objetivos.....	42
Método.....	44
Participantes.....	44
Instrumentos.....	47
Procedimento.....	49
Análise de dados.....	49
Resultados.....	52

Amostra asmática versus Grupo de controlo.....	52
Comparações dentro da amostra asmática.....	55
Discussão.....	62
Conclusão.....	70
Referências.....	74
Lista de Anexos.....	78
Anexo A – KIDSCREEN 10.....	80

Introdução

A qualidade de vida e direitos reconhecidos de saúde, lazer e educação foram reconhecidos pelas Nações Unidas como um Direito de todos os adolescentes (Gaspar et al., 2006). A qualidade de vida abrange é um conceito multidimensional e abrange aspetos físicos, psicológicos e sociais (Soares et al., 2011). Existem vários fatores que influenciam a vida de um adolescente e, conseqüentemente, melhoram ou pioram a sua qualidade de vida (Juniper, 1997). Um dos vários aspetos é a presença de uma doença crónica, como a asma. A forma como a doença crónica influencia a qualidade de vida de cada individuo pode variar bastante, a depender da gravidade de sintomas, percepção que o adolescente tem da doença crónica e as suas características pessoais (Warschburger et al., 2004; Neves et al., 2017).

A asma afeta aproximadamente 300 milhões de indivíduos no mundo (Anandan et al., 2010; Banjari et al., 2018; Warschburger et al., 2004) e 695 mil indivíduos em Portugal (Sa-Sousa et al., 2012). A asma é uma das doenças mais comuns na infância (Warschburger et al., 2004), sendo que de 5% e 34% dos internamentos na unidade de cuidados intensivos pediátricos são de portadores da mesma (Boeschoten et al., 2020). Ainda existem indivíduos cujo diagnóstico não é dado, o que, comprovadamente piora a sua qualidade de vida (Van Gent et al., 2007). As conseqüências que a asma traz para a vida do individuo são perceptíveis e prejudicam, sem sombra de dúvidas, a qualidade de vida dos seus portadores. Estas conseqüências são as limitações nas atividades adequadas à idade do doente (Juniper, 1997), na constante possibilidade de mudança, na possibilidade de dependência de fármacos, nas possíveis comorbidades, entre outras (Carr et al., 2001).

São vários os fatores que podem influenciar a qualidade de vida do adolescente com asma, nomeadamente a idade, o sexo, fatores sociodemográficos, ambiente familiar e escolaridade.

Apesar de ser uma doença crónica conhecida, a asma é muitas vezes desvalorizada e banalizada. Existe uma desinformação por parte da população geral sobre esta doença (McDonald et al., 2018) e por isso torna-se importante estudar mais sobre o tema, sobre as suas consequências e sobre a sua associação com as características pessoais de cada um. Isto para conseguir mostrar que nem toda a gente lida da mesma forma com a doença crónica, e que esta é influenciada por vários fatores. Isto justifica a escolha do tema e das variáveis a tratar. O principal objetivo deste estudo é comparar a qualidade de vida, perceção do estado de saúde e perceção de autoimagem em indivíduos asmáticos e não asmáticos e, posto isto, perceber a relação de algumas características pessoais dos indivíduos na qualidade de vida dos mesmos.

Esta dissertação insere-se num projeto de investigação vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar. Primeiramente, é apresentado o enquadramento teórico, onde são explorados temas como a qualidade de vida, a qualidade de vida relacionada à saúde, a qualidade de vida de crianças e adolescentes com doença crónica, doença crónica na adolescência, asma, consequências desta na vida dos adolescentes e, por fim, fatores que influenciam a qualidade de vida de adolescentes portadores de asma como a idade, o sexo, fatores sociodemográficos, ambiente familiar e escola. De seguida são apresentados os objetivos gerais e específicos do estudo, seguidos do método, onde são apresentados os participantes, os instrumentos, o procedimento e a análise de dados. A seguir, são apresentados os resultados, divididos em duas partes: a primeira parte, que diz respeito à comparação da amostra asmática com o grupo de controlo, e a segunda parte que diz respeito

a um estudo de relação, dentro da amostra asmática, entre diversas variáveis. Finalmente são discutidos os resultados e feita a conclusão do estudo.

Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

A qualidade de vida (QV) foi considerada um direito de todos os adolescentes na convenção das Nações Unidas quando foram reconhecidos direitos como saúde, lazer e educação. A QV implica que não haja qualquer maltrato físico, implica qualidades positivas no meio de desenvolvimento do adolescente, nomeadamente com a sua família, que haja bem-estar e não haja défices (Gaspar et al., 2006).

O conceito de QV abrange todos os aspetos do bem-estar: fatores sociais, emocionais, económicos e culturais da vida dos sujeitos. Portanto, a QV é multidimensional, ou seja, inclui dimensões física, que diz respeito à perceção do individuo quanto à sua condição física; psicológica, que diz respeito à perceção do individuo quanto à sua condição afetiva e cognitiva; e social, que por sua vez, diz respeito à perceção do individuo quanto aos relacionamentos sociais e ao papel que representa na sociedade (Soares et al.). Especificamente na adolescência, é importante ter em conta vários aspetos como as condições em que o mesmo se desenvolve, o meio que o rodeia, os fatores psicossociais e tudo aquilo que possa influenciar o seu bem-estar (Gaspar et al., 2006).

A QV é complementada pela QV relacionada com a saúde (QVRS), que é definida pela OMS como:

“A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>).

São vários os fatores que contribuem para o nível de qualidade de vida de um individuo, como fatores financeiros, espirituais, saúde, e especialmente para crianças ou adolescentes

ainda são acrescentados fatores como o ambiente familiar e o suporte parental (Juniper, 1997). A medição da QVRS é frequentemente usada nesta população com doenças crônicas em geral, especificamente asma e outras doenças crônicas respiratórias (Leander et al., 2012). A avaliação da QVRS busca compreender como o indivíduo percebe a interferência da asma nos domínios social, emocional e físico da sua vida diária, e por isso, torna-se uma importante ferramenta clínica para avaliar o peso desta doença no seu bem-estar geral (Nordlund et al., 2011).

A principal função do psicólogo na QV infantil é perceber a adaptação da criança à doença, o estilo de vida do paciente, a relação entre o sistema imunológico e o psicológico e perceber as possíveis variáveis psicológicas que podem influenciar a sua QV (Moreno-Jiménez et al., 2005). A escola, por exemplo, é um local onde a criança passa grande parte dos seus primeiros anos de vida, e por isso, deve haver uma preocupação da parte desta de medir e estar atento à QVRS dos seus alunos. Esta preocupação, por parte da escola, sendo este onde a criança/adolescente passa a maior parte do seu dia, pode resultar numa melhoria da QVRS em várias crianças e acabar com disparidades resultantes do nível socioeconómico, etnia, entre outras (Varni et al., 2006).

Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes com Doença Crónica

Uma doença crónica é um processo multifacetado, não só envolvendo a doença em si, mas também a forma como o indivíduo percebe a influência que esta doença tem na sua vida, sendo esta percepção diferente de indivíduo para indivíduo (Warschburger et al., 2004).

Aquando do seu diagnóstico, a vida de um doente crónico muda e este tem de adaptar os seus planos e o seu futuro à doença. Estes tipos de doença influenciam a qualidade de vida (QV) dos seus doentes e daqueles ao seu redor (Neves et al., 2017). Consegue-se compreender que, ao receber o diagnóstico, os indivíduos percebem-no com tristeza, medo e revolta, e que a depressão e a ansiedade são sintomas que acompanham o paciente desde o momento do pré-diagnóstico, diminuindo a sua qualidade de vida (Maia et al., 2008). A adaptação a esta doença depende das características de cada um, das crenças culturais, da aceitação e também dos objetivos que se têm delineados para a vida (Neves et al., 2017). A vida social destes indivíduos é influenciada pela doença, visto que os mesmos deixam de se envolver tanto em atividades sociais devido à falta de capacidades de locomoção e execução de tarefas sem ajuda de terceiros. Isto, para além de interferir com a qualidade de vida do sujeito, faz com que, muitas vezes, os indivíduos tenham de provocar mudanças nos papéis que representam na sociedade e na sua própria identidade (de Andrade et al., 2015).

Como a qualidade de vida agrega várias dimensões, como aspetos emocionais, físicos e capacidade funcional, é indicada a sua avaliação em situação de doença crónica na infância de forma a perceber a satisfação geral do indivíduo com a vida e a saúde (Warschburger et al., 2004). No caso da asma, qualquer que seja o seu nível de gravidade, existe sempre um défice da QV nos domínios físico, psicológico e social. É indicado que a duração da asma influencia a qualidade de vida sendo que uma maior duração está diretamente relacionada a uma pior qualidade de vida. A qualidade de vida está interligada com vários fatores como a

gravidade dos sintomas, a morbidade, a idade e o sexo do indivíduo e com a sua resiliência (Souza et al., 2011).

A condição de um doente crónico afeta negativamente a QVRS, e as suas consequências diferem de sujeito para sujeito, dependendo da sua capacidade de ajuste emocional e psicológico a este tipo de doença (Benito-León et al., 2003). Com o passar dos tempos, e devido ao aumento da população infantil presente nos cuidados paliativos, surgiu uma preocupação em saber mais sobre a QV infantil (Moreno-Jiménez et al., 2005). A qualidade de vida de uma criança ou adolescente é normalmente avaliada através da perspectiva do mesmo e através da perspectiva dos seus cuidadores (Soares et al., 2011). Segundo o estudo referente, a QV do paciente asmático está relacionada com a gravidade da doença e o seu controlo sobre a mesma, principalmente na qualidade de vida infantil (Boeschoten et al., 2020)

Há dois tipos de custos ligados à perda de qualidade de vida: os custos associados à saúde e os custos associados à produtividade. Os custos associados à saúde são aqueles que vão aparecer com o desenrolar da doença, como por exemplo, no tratamento, no atendimento e na reabilitação. Já os custos associados à produtividade são aqueles que são perdidos por falta de qualidade de vida e pelo surgimento de incapacidades que trazem consequências, como por exemplo, quando a criança tem de deixar de ir à escola (Jennum et al., 2012).

Para diminuir o impacto dos custos associados à saúde, é importante que as equipas de saúde identifiquem as necessidades do adolescente com asma para que seja possível atender às suas necessidades psicossociais específicas. Nesta população é importante encontrar recursos que possibilitem uma interação entre o adolescente e o profissional de saúde. Uma das sugestões de recursos são os recursos lúdicos, que para além de fornecerem prazer e entretenimento, proporcionam a expressão de sentimentos, mudanças de comportamento e

aquisição de conhecimentos. Isto fará com que o indivíduo se integre mais no processo de tratamento o que fará com que haja um melhor enfrentamento da doença. É de salientar a importância da participação da família e da equipa de saúde, de forma a diminuir ou atenuar algumas das consequências geradas pela doença (Moura et al., 2014).

Doença Crónica na Adolescência

Pela Organização Mundial de Saúde, uma doença crónica caracteriza-se por ser uma doença com desenvolvimento lento, que dura períodos longos e que têm consequências graves difíceis de prever. Normalmente a doença crónica não tem cura, todavia pode ser controlada e prevenida através de uma deteção prematura e de uma terapia adequada (Araújo et al., 2013). A característica mais relevante da doença crónica é a duração. Uma doença crónica interfere na vida do seu portador mais de três meses em um ano no geral, sendo que o período de hospitalização é superior a um mês (Schneider et al., 2011).

Existem três fases da história da doença crónica: a primeira fase é a crise, uma fase sintomática que dura até ao início do tratamento; a segunda fase é chamada de crónica, onde a doença varia entre as fases de estabilidade, progressão e remissão; a terceira e última fase chama-se terminal, que dura desde o momento em que um episódio de morte se torna algo possível até a ocorrência do mesmo (Almeida et al., 2006).

Uma doença crónica vai inevitavelmente afetar o quotidiano do seu portador. Existe uma rutura com o mundo e com as oportunidades que lhe eram apresentadas antes do diagnóstico. O ritmo de vida do portador de uma doença crónica é alterado e são impostas restrições que impedem de participar em atividades que antes lhe eram permitidas (Schneider et al., 2011).

Quando queremos saber mais sobre a doença crónica infantil precisamos olhar muito para a qualidade de vida infantil. Temos de ter em conta a perceção do próprio, dos seus cuidadores e de outras possíveis pessoas que rodeiem o paciente. Ao mesmo tempo, torna-se

fundamental perceber a percepção de saúde da criança e quais os domínios que a mesma acha mais importantes. Neste estudo foram estudadas algumas das áreas específicas de avaliação da QVRS, nomeadamente a valorização da eficácia dos tratamentos, a satisfação do paciente com o serviço e a reintegração na vida normal. Estas áreas específicas servem para facilitar a informatização sobre os planos terapêuticos, planeá-los, distingui-los de pessoa para pessoa e dar mais informações sobre o paciente aos profissionais de saúde (Moreno-Jiménez et al., 2005).

O artigo referente mostra que as principais dimensões da QV infantil consideradas pelos profissionais de saúde são o estado funcional (a capacidade de a criança desempenhar atividades diárias adequadas à sua idade) e o funcionamento psicológico (estado afetivo do paciente) e social (a capacidade de manter relações íntimas apropriadas com família e amigos). Existem três maneiras diferentes de avaliar a QV infantil: medidas objetivas com índices clínicos, como por exemplo medir a quantidade de açúcar existente no sangue, o seu desempenho funcional, ou seja, a habilidade de fazer atividades adequadas à idade, como por exemplo correr, e a sua capacidade de conseguir manter uma atividade como a dita na medida anterior (Moreno-Jiménez et al., 2005).

Asma

Asma é uma doença crónica respiratória que afeta aproximadamente 300 milhões de indivíduos no mundo (Anandan et al., 2010; Banjari et al., 2018; Warschburger et al., 2004) que em Portugal afeta 6.8% da população, aproximadamente 695 mil pessoas (Sa-Sousa et al., 2012). Segundo estudos da National Health Interview Survey (NHIS), a asma é uma das doenças mais comuns na infância e adolescência e contribui de forma significativa para o aumento da deficiência nas últimas quatro décadas (Warschburger et al., 2004).

Hoje em dia torna-se necessária uma diferenciação e uma explicação sobre o que é a asma leve a moderada e a asma severa. A QVRS entre os asmáticos é influenciada pela classificação da própria doença. Indivíduos com asma de leve a moderada conseguem muitas vezes viver uma vida normal ao controlarem os sintomas, no entanto, e apesar de muitas vezes ser esta a mais falada e generalizada, a asma severa traz consigo uma impossibilidade de controlo individual dos sintomas. Isto é, os seus portadores necessitam muitas vezes de recorrer a cuidados de saúde para conseguir controlar estes sintomas, o que acaba por influenciar o seu dia a dia e a sua vida (McDonald et al., 2018). A asma severa é a cada vez mais reconhecida como uma necessidade maior a ser atendida. Estima-se que entre 5% a 10% dos pacientes não controlem a asma sem recorrer a fármacos. A asma no geral tem um grande impacto na vida dos seus portadores a vários níveis (Hossny et al., 2017; Leander et al., 2012). A asma moderada e severa mostrou influenciar mais de forma negativa a QV quando comparada com a asma leve (Hossny et al., 2017).

Segundo Boeschoten et al. (2020), de 5% a 34% dos internamentos na unidade de cuidados intensivos pediátricos da Holanda são de asmáticos severos. Este facto influencia negativamente o estado funcional, cognitivo e psicológico não só dos adolescentes, mas

também dos seus cuidadores. (Boeschoten et al., 2020)

Segundo Sa-Sousa (2012), o Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto caracteriza a asma por respiração ruidosa, aperto no peito, falta de ar, tosse e ataques de asma, tendo uma maior frequência durante a noite (Sa-Sousa et al., 2012). Para além destes, é também caracterizado por um maior sofrimento psicológico (Warschburger et al., 2004).

Estudos mostram que a qualidade de vida de crianças e adolescentes com doenças físicas acompanhadas de sintomas psicológicos é menor do que apenas com doenças físicas. As perturbações psicológicas mais comuns que acompanham a asma são hiperatividade, défice de atenção, impulsividade, depressão ou comportamentos agressivos (Goldbeck et al., 2007). O tratamento da asma tem como objetivo regularizar as anormalidades fisiológicas existentes (Guyatt et al., 1997), posteriormente, de acordo com o Global Initiative for Asthma, saber controlar e conseguir manter este controlo dos sintomas da doença (Nordlund et al., 2011) e, finalmente, tentar reduzir ao máximo o impacto causado pela doença na vida do seu portador, tentando otimizar a sua qualidade de vida no geral (Guyatt et al., 1997). O tratamento da asma deve abordar a questão da comorbidade e dos sintomas comportamentais, ou seja, deve haver uma equipa multidisciplinar para o tratamento da asma, incluindo assim a psicologia (Goldbeck et al., 2007). Indivíduos com asma têm uma maior predisposição para problemas psicológicos e para doenças psiquiátricas. Por exemplo, este estudo mostra-nos que cerca de 20% dos adolescentes que se deparou com a possibilidade de morte consequente da asma, sofreu de Perturbação de Stress Pós-Traumático (Boeschoten et al., 2020). Outro exemplo foi encontrado no estudo qualitativo que mostrou como a asma interfere com a vida do individuo a vários níveis: recolheu um testemunho, onde o individuo afirmou ter perdido todas as facetas da sua vida, toda a sua capacidade de ter autoestima, toda a vontade de lutar e afirma

ter perdido também os seus relacionamentos, ou seja, a sua qualidade de vida foi afetada gravemente pela presença da doença, pela gravidade dos sintomas que causou (McDonald et al., 2018). A combinação da doença crónica com problemas psicológicos e doenças psiquiátricas resulta numa pior qualidade de vida e numa menor adesão ao tratamento.

Existem relatos de que a prevalência da asma em crianças, adolescentes e adultos está a diminuir, mas é uma ilusão provocada pela melhoria dos cuidados de saúde. Esta melhoria nos cuidados de saúde incide principalmente na introdução em várias partes do mundo de tratamentos preventivos. Por exemplo, na Holanda e na Finlândia, a mortalidade causada pela asma era comum e este número caiu drasticamente com a introdução de esteroides inalados, sendo que esta terapêutica aumentou, na Finlândia, em 75% e houve uma redução de hospitalização de 80%. Ou seja, na maior parte do mundo, a sensação de otimismo em relação à asma, não se deve ao facto de esta ter diminuído, sendo que se mantem a aumentar, deve-se sim ao facto do tratamento ter sofrido uma mudança significativa e de terem inserido novas terapêuticas e, principalmente, terem dado prioridade à saúde primária (Anandan et al., 2010).

Desde 1980 que estudos mostram que indivíduos com sintomatologia asmática não têm um diagnóstico de asma e por isso não são tratadas devidamente, sendo que, como podemos ler no artigo, de toda a amostra do estudo, 49% têm sintomas de asma e 11.7% não têm um diagnóstico de asma. Indivíduos cujos pais afirmavam que havia um diagnóstico nos últimos 12 meses, foram consideradas como diagnosticadas, e por outro lado, indivíduos cujos pais afirmavam que não havia um diagnóstico nos últimos 12 meses, mas havia a presença de vários sintomas foram consideradas como não diagnosticadas. A qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico e sem diagnóstico mostrou-se diferente, sendo que a falta deste traz consigo mais perturbações no sono, menor qualidade de vida escolar e física (Van Gent

et al., 2007). Quando existe um diagnóstico de asma os indivíduos mostram-se mais alerta quando comparados com indivíduos sem diagnóstico porque já sabem e estão mentalmente conscientes daquilo que lhes pode acontecer. Asma sem controlo, sem manejo, é considerada mais redutora da qualidade de vida do que asma controlada (Lozier et al., 2019).

Consequências na vida do adolescente com asma

São vários os sintomas que influenciam a qualidade de vida dos adolescentes com asma, nomeadamente sintomas que as dificultem de viver como indivíduos façam o mesmo que aqueles que os rodeiam, como dormir em casa de amigos, fazer desporto, entre outras atividades. Isto é influenciado pelo medo constante destas destes indivíduos de ter um ataque de asma repentino e não saberem como e o que fazer. Estas limitações criam problemas emocionais como frustração, solidão, e como consequência, a qualidade de vida tende a diminuir, principalmente em indivíduos com idade inferior, sendo que estas relatam sentir-se frustradas e irritadas mais vezes (Juniper, 1997).

Dentre os efeitos negativos que são trazidos para a vida destes adolescentes com asma estão a influência negativa nos relacionamentos com as pessoas à sua volta, sendo que muitos destes adolescentes são deixados de parte em planos e atividades adequados à sua idade por causa da sua condição e daquilo a que ela obriga, nomeadamente a dependência da medicação, o medo constante em ter um ataque de asma, a falta de ar, a tosse e as limitações nas atividades do dia a dia, no desporto e nas atividades escolares (Carr et al., 2001), sendo que a atividade que relata maior incomodo nas limitação é correr (Souza et al., 2011). Outras consequências estão presentes como ansiedade, depressão, uma má perceção da autoimagem, problemas comportamentais, baixa autoeficácia no que toca à capacidade de controlar a asma e, inclusive, expectativas irreais em relação ao auto gerenciamento da doença (Goldbeck et

al., 2007). Existem também vários efeitos colaterais, que não são diretos mas existem por consequência dos efeitos principais, como por exemplo, a dor de garganta (efeito colateral da tosse e do uso constante de esteroides inalados) e o sofrimento psicológico (Carr et al., 2001).

A informação sobre ter esta doença crónica deve ser transmitida à criança de forma clara e adaptada para esta população, para que a mesma compreenda o que se passa (Soares et al., 2011). A reação ao diagnóstico não se mostra de forma nenhuma como uma situação fácil de lidar, sendo que tanto a família como a criança sofrem nesse mesmo momento. A reação e a adaptação que a criança vai ter à doença crónica vai depender de vários fatores, como aqueles que estão diretamente associados à doença, como por exemplo, as limitações que traz e o impacto que causa, sendo que cada doença vai ter limitações e impactos diferentes, e ainda fatores associados ao portador da doença, nomeadamente às suas características pessoais como a idade e o género. Para além destes dois, os fatores associados à família também se mostram de grande importância, sendo que é o meio onde a criança cresce e se desenvolve, é onde ela retira exemplos, e então cada estilo parental adotado vai determinar o impacto que a doença crónica terá na criança, tanto quanto os fatores sociodemográficos. (Piccinini et al., 2003).

Medir a qualidade de vida relativa à saúde com a percepção do próprio é um fator importante visto que muitas vezes os pais não têm uma percepção completamente verdadeira da qualidade de vida relativa à saúde dos seus filhos. Apesar dos sintomas em dois indivíduos serem iguais, a sua percepção da doença pode vir alterar a forma como a encaram e se ambas tiverem o mesmo tratamento, pode haver diferenças nos resultados (Juniper, 1997). Isto é, mesmo que o tratamento seja igual, o efeito que a asma tem no paciente difere de acordo com as suas características, como a idade, e influencia os resultados (Hossny et al., 2017).

A percepção que o portador e os pais têm da autorregulação da doença é diferente. Normalmente, tanto em indivíduos mais novos como mais velhos, os pais relatam mais capacidade de autorregulação do que aquele relatado pelos próprios. Percebe-se que, em relação ao portador da doença, quanto mais novo for, menos os pais percebem de forma verdadeira a forma como este encara e controla a sua doença. Aproximadamente, é a partir dos 10 anos que os pais já se baseiam muito no relato dos filhos, e por isso o relato já se aproxima mais da verdade (Guyatt et al., 1997).

Fatores que influenciam a qualidade de vida dos adolescentes com asma

Idade

O impacto deste tipo de doença depende sempre da idade em que ocorre, sendo que existem diferentes reações para diferentes idades (Whaley et al., 1999). Na idade pré-escolar, a reação e capacidade de adaptação da criança vai estar sujeita à aceitação social, ao valor pessoal e ao nível de energia da mesma. (Barros, 2003) Nesta idade, a criança está em desenvolvimento, ou seja, este diagnóstico vem influenciar várias tarefas como por exemplo a socialização, o estabelecimento de identidade sexual e atividades lúdicas. Para além destas, existem ainda as capacidades já adquiridas pela criança que muitas vezes são desaprendidas como o controlo urinário e intestinal. O sentimento de culpa é algo que acompanha a criança e prejudica a sua autoestima. (Whaley et al., 1999). As crianças nestas idades tendem a querer fazer tudo como eles querem e sozinhos, ou seja, é importante criar momentos de iniciativa e autonomia para que seja mais fácil para elas cumprirem as restrições que advém da doença (Barros, 2003).

Na idade escolar, a criança sente inferioridade e compara-se com os outros, o que faz com que esteja constantemente em autoavaliação. Sentimentos como vergonha, medo, injustiça,

vulnerabilidade começam a aparecer aquando da presença de outros. Para além disso, a criança aprende também a tirar proveito da sua doença, procurando ter atenção dos outros e privilégios. Nesta idade, uma melhor adaptação advém de um reconhecimento e valorização das suas próprias capacidades (Barros, 2003).

Quando comparados dois grupos (jovens e adultos), verificou-se que os jovens apresentam uma pior QV no setor social, mas uma melhor QVRS. A possível explicação pode estar ligada ao facto de que os jovens estão no início da criação da sua vida social e ao lidar com todas as limitações que a doença lhes traz, acabam por menosprezar a sua vida social, e por outro lado, serem mais saudáveis do que os adultos, terem menos comorbidades e por isso apresentarem uma melhor QVRS (Leander et al., 2012). Dentro dos jovens, indivíduos com uma idade inferior apresentam uma menor qualidade de vida e menor controlo dos sintomas do que indivíduos com idade superior (Souza et al., 2011). A idade mostra-se então como um fator importante de comparação de qualidade de vida em adolescentes com doença crónica, tal como o sexo (Piccinini et al., 2003).

Sexo

O sexo torna-se outra variável importante quando queremos perceber a capacidade de enfrentamento da doença, sendo diferente para rapazes e para raparigas. Segundo Goldbeck et al. (2007), o sexo masculino está mais predisposto a ter asma (Goldbeck et al., 2007). Outro artigo diz-nos que os rapazes são mais propensos a apresentar problemas comportamentais e resistência ao enfrentamento do que as raparigas. As raparigas, por sua vez, tendem a apresentar níveis mais altos de depressão e sentimentos de tristeza comparativamente com os rapazes (Holden et al., 1997). Este aspeto está relacionado com o facto de o sexo feminino reportar uma pior QVRS quando comparado com o sexo masculino,

e isto também pode ser explicado pelo facto de o sexo feminino ter mais tendência para anomalias nos pulmões e comorbidades. (Leander et al., 2012; Nordlund et al., 2011). O sexo feminino mostra-se melhor no que toca às capacidades funcionais (controlo da doença, responsabilidade no tratamento, horários e cuidados a ter) e ao funcionamento social (adaptar a doença à sua vida social para as duas poderem coexistir), enquanto que o sexo masculino mostra-se melhor no que toca ao estado físico (menos problemas físicos relacionados à asma, como por exemplo, como foi dito anteriormente, o sexo feminino está mais predisposto a anomalias nos pulmões e comorbidades associadas) (Goldbeck et al., 2007).

Fatores sociodemográficos e ambiente familiar

Os fatores sociodemográficos e o ambiente familiar podem influenciar a qualidade de vida do adolescente de forma negativa ou positiva, dependendo então do ambiente em que o mesmo é inserido (de Silva Souza et al., 2015; Chu et al., 2010). O meio em que o adolescente se insere pode influenciar a qualidade de vida do mesmo. Algumas diferenças acontecem por exemplo entre o meio rural e urbano ou entre escolas públicas e privadas. Não importa só o meio exterior em que o indivíduo se desenvolve, mas também interior, ou seja, tendo em conta, por exemplo, com quem é que o mesmo vive e se tem irmãos ou não.

Para viver o episódio de doença crónica num indivíduo, tem de se ter em consideração quem a acompanha (Almeida et al., 2006). Quando lhe aparece uma doença crónica, a criança ou adolescente e a sua família deparam-se com alterações repentinas na sua vida. Estas alterações devem-se a internamentos, terapias, alguns efeitos que possam apresentar-se por causa da medicação, alterações financeiras, dor, sofrimento, angustia e medo da morte (Araújo et al., 2013). As crianças e os seus cuidadores apercebem-se de que, a doença asma, apesar de crónica, pode ser fatal, sendo que apesar da taxa de mortalidade nas unidades de

cuidados intensivos pediátricos ser baixa, existe (2%) (Boeschoten et al., 2020).

Os pais destes percecionam uma qualidade de vida mais baixa comparado com pais de indivíduos sem asma. Isto deve-se ao facto de estes terem as atividades do dia a dia e as emoções limitadas pela condição dos seus filhos. Também são relatados problemas no sono, medos, frustração e constante preocupação com os doentes (Juniper, 1997). Estes, confrontam-se com uma qualidade de vida reduzida e, muitas vezes têm sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático (entre 13% e 27% dos cuidadores). Muitas vezes os pais são obrigados a ver os seus filhos a serem submetidos a procedimentos invasivos, que os traumatiza no futuro (Boeschoten et al., 2020). Este estudos mostra que pais de indivíduos mais velhos com asma tendem a mostrar menos preocupação do que pais com indivíduos mais novos (Guyatt et al., 1997).

Como foi falado anteriormente, existem três fases da história da doença crónica: a crise, a crónica e a terminal. Estas fases são significativas tanto para o portador da doença como para a família, principalmente na fase terminal, onde o cuidador abandona o hospital com novas responsabilidades, novos hábitos pessoais e familiares (Almeida et al., 2006).

Como se sabe, a família tem uma enorme influência na criança, e tem ainda mais influencia se esta criança for portadora de uma doença crónica. A adaptação psicossocial e a adesão aos tratamentos (como por exemplo dietas, tratamentos, cuidados de higiene, entre outros) podem ser prejudicados pelos padrões culturais de cada uma das famílias (Viana et al., 2007). Nesta pesquisa mais recente, verificou-se que as mães se apresentam mais vezes como sendo as principais cuidadoras dos filhos com doença crónica. Existe então uma sobrecarga sobre a cuidadora que pode desencadear distúrbios físicos, psicológicos e sociais, como por exemplo isolamento, instabilidade financeira e cansaço extremo, sendo que a qualidade de sono dos cuidadores está sempre comprometida (Macedo et al., 2015).

A literatura mostra-nos que a doença crónica de um filho está normalmente associada a problemas conjugais e/ou problemas familiares com irmãos ou outros membros da família. Isto pode estar relacionado com a gravidade da doença, com a frequência de episódios agudos, com a qualidade do atendimento e da prestação que o indivíduo portador de doença crónica recebe e com o conhecimento sobre o assunto dos pais (Macedo et al., 2015).

A forma como a vida dos cuidadores é influenciada depende de vários fatores: a informação que foi passada e a forma como foi passada, o tipo de doença crónica, as crenças culturais e os preconceitos de cada cuidador, a etnia, a qualidade do apoio social que cada cuidador tem, os recursos económicos, entre outros (Macedo et al., 2015).

Posto isto, é importante salientar que é necessário que haja não só um acompanhamento do doente, mas também do seu cuidador, e que haja uma intervenção que envolva uma equipa multidisciplinar para minimizar o mais possível os efeitos causados pela doença crónica do indivíduo a seu cargo, evitando assim problemas físicos, psicológicos e oferecendo suporte para lidar com as situações (Macedo et al., 2015).

Este estudo mostra que o ambiente familiar é possivelmente o fator que mais contribui para o desenvolvimento de cada adolescente. Este ambiente não diz respeito apenas à empregabilidade dos pais, ao salário, ao estado civil, à escolaridade ou à idade, diz respeito também aos estilos parentais que são adotados (Carneiro et al., 2013). Os estilos parentais influenciam drasticamente o comportamento, as atitudes e os objetivos de cada indivíduo. É através destes estilos parentais que são transmitidos valores, crenças, regras que terão as suas consequências no futuro dos mesmos. Existem três tipos de estilos: o estilo autoritário, o estilo permissivo e o estilo democrático. O estilo autoritário caracteriza-se pela rigidez e pelo castigo, o estilo permissivo caracteriza-se, pelo contrário, à falta de rigidez e de regras, dando

uma liberdade excessiva, e por fim, o estilo democrático está entre os dois últimos sendo que existem regras, não em demasia e existe afeto e suporte. O estilo parental tem influência de diversas formas e altera vários aspetos no indivíduo, como a sua personalidade e o seu estado de stress e ansiedade (Santos et al., 2013).

É comum que pais com indivíduos portadores de uma doença crónica adotem estilos parentais mais protetivos, excessivamente protetivos, ansiosos, defensivos. Contrariamente a isto, existe ainda pais negligentes, que com medo de perder o filho precocemente para a doença, evitam o envolvimento. Vários estudos mostram que estilos parentais que adotem praticas educativas mais indutivas associam-se a um desenvolvimento ajustado, com comportamentos ajustados, competência social e cooperação, e que práticas educativas que contenham força coercitiva estão associadas a problemas de comportamento (Piccinini et al., 2003). É importante salientar ainda que, os estilos parentais adotados são importantes facilitadores à adaptação da criança à doença crónica nos seus vários meios envolventes (Santos et al., 2013).

Escola

A escola funciona como um dos principais meios envolventes, de socialização para o indivíduo. Apoio social também parte desta, e é algo que, de acordo com o artigo, é mais significativa na adolescência do que na idade adulta. O apoio social recebido pelos amigos em contexto escolar pode influenciar positivamente ou negativamente a qualidade de vida de cada adolescente. Pela negativa, o artigo fala em exemplos como influências no abuso de substâncias e delinquência, e pela positiva vimos, por exemplo, o apoio que é dado em situações difíceis, como por exemplo, uma doença ou trauma. O apoio social que é recebido pelos adolescentes por parte dos docentes tem influência no seu comportamento académico,

no seu desempenho escolar, no seu bem-estar e incentivam um sentimento de pertença (Chu et al., 2010). Uma consequência negativa da asma é a grande possibilidade da criança e do adolescente asmático faltar à escola, perdendo matéria e acabando por ser prejudicado.

Estima-se que, as crianças entre os 0 e os 17 anos, diagnosticadas com asma severa deem, em conjunto, aproximadamente 10 milhões de faltas por ano na escola (Lozier et al., 2019).

Para concluir, o objetivo geral da dissertação mexe com conceitos como a qualidade de vida, doença crónica e asma. No início aprofundou-se cada um deste tema para saber mais sobre a qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada à saúde, sobre a qualidade de vida em crianças e adolescentes com doença crónica, sobre a doença crónica na adolescência e sobre a doença crónica em si, a asma. Dentro da asma foi importante perceber consequências que advém da mesma para a vida do adolescente e os fatores que influenciam a qualidade de vida do adolescente portador de asma, nomeadamente a idade, o sexo, os fatores sociodemográficos, o ambiente familiar e a escola. Hoje em dia a asma é muitas vezes banalizada e generalizada, é levada com demasiada leveza e subestimada. A asma ainda é considerada um problema grave que influencia a qualidade de vida dos seus portadores, nomeadamente de crianças e adolescentes que estão a começar a sua vida e a vêm perturbada pela doença. Por este motivo, torna-se importante estudar mais e dar a conhecer mais sobre a qualidade de vida de adolescentes asmáticos quando comparados com adolescentes saudáveis e todos os fatores que a podem influenciar.

Objetivos

O objetivo geral desta dissertação é comparar a qualidade de vida, a percepção do estado de saúde e a percepção da autoimagem de adolescentes com asma e adolescentes saudáveis.

Por sua vez, os objetivos específicos são:

- Compreender e caracterizar a influência da idade na qualidade de vida de adolescentes com asma;
- Compreender e caracterizar a influência do sexo na qualidade de vida de adolescentes com asma;
- Compreender e caracterizar a influência da escolaridade e do IMC na qualidade de vida de adolescentes com asma;
- Compreender e caracterizar a influência do sexo na percepção de saúde e na percepção da autoimagem de adolescentes com asma;
- Examinar a associação entre a percepção da autoimagem e o estado de saúde adolescentes com asma.

Método

O presente estudo insere-se num projeto de investigação vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar.

Participantes

A amostra foi recolhida aleatoriamente em Portugal. Esta amostra é constituída por crianças e adolescentes do 8º e do 10º ano de escolaridade pública que fazem parte do projeto do estudo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” acima referido. A amostra é constituída por 193 indivíduos com asma e 4284 indivíduos sem asma, formando estes o grupo de controlo. Os participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos. Do sexo feminino temos 2359 indivíduos e do sexo masculino temos 2118 indivíduos, sendo que 2766 frequentam o 8º ano e 1711 frequentam o 10º ano. Relativamente à empregabilidade da mãe, 3525 dos participantes afirmam que a mãe tem emprego, 532 afirmam que a mãe não tem emprego, 58 afirmam que não sabem e 47 não conhecem ou não têm a mãe viva. Relativamente à empregabilidade do pai, 3620 participantes afirmam que o pai tem emprego, 236 afirmam que o pai não tem emprego, 130 afirmam que não sabem e 176 afirmam que não conhecem ou não têm o pai vivo. Por último, relativamente ao IMC, 431 dos participantes indicam magreza, 2990 indicam peso normal, 657 indicam excesso de peso e 121 indicam obesidade.

Dos indivíduos com asma, 101 são do sexo feminino e 92 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 anos e 19 anos (média = 14.99; desvio padrão = 1.40). Destes indivíduos estão implicados 104 alunos do 8º ano e 89 alunos do 10º ano. Relativamente à

empregabilidade da mãe, 152 dos participantes afirmam que a mãe tem emprego, 31 afirmam que a mãe não tem emprego, 3 afirmam que não sabem e 4 não conhecem ou não têm a mãe viva. Relativamente à empregabilidade do pai, 161 participantes afirmam que o pai tem emprego, 13 afirmam que o pai não tem emprego, 7 afirmam que não sabem e 9 afirmam que não conhecem ou não têm o pai vivo. Relativamente ao IMC, 10.4% assumem magreza, 66.8% assumem peso normal, 15% assumem excesso de peso e 3.6% assumem obesidade.

Dos indivíduos sem asma, ou seja, do grupo de controlo, 2258 são do sexo feminino e 2026 são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 12 anos e 20 anos (média = 14.77; desvio padrão = 1.31). Destes indivíduos estão implicados 2662 alunos do 8º ano e 1622 alunos do 10º ano. Relativamente à empregabilidade da mãe, 3373 dos participantes afirmam que a mãe tem emprego, 501 afirmam que a mãe não tem emprego, 55 afirmam que não sabem e 43 não conhecem ou não têm a mãe viva. Relativamente à empregabilidade do pai, 3459 participantes afirmam que o pai tem emprego, 223 afirmam que o pai não tem emprego, 123 afirmam que não sabem e 167 afirmam que não conhecem ou não têm o pai vivo. Relativamente ao IMC, 10.2% assumem magreza, 71.3% assumem peso normal, 15.6% assumem excesso de peso e 2.8% assumem obesidade.

Tabela 1*Caracterização da amostra*

	Grupo Asma (n= 193)	Grupo controlo (n= 4284)	Total (n= 4477)
Sexo			
Feminino	101 (52.3%)	2258 (52.7%)	2359
Masculino	92 (47.7%)	2026 (47.3%)	(52.7%)
			2118
			(47.3%)
Escolaridade			
8º ano	104 (53.9%)	2662 (62.1%)	2766
10º ano	89 (46.1%)	1622 (37.9%)	(61.8%)
			1711
			(46.1%)
Mãe tem			
emprego	152 (80%)	3373 (84.9%)	3525
Sim	31 (16.3%)	501 (12.6%)	(84.7%)
Não	3 (1.6%)	55 (1.4%)	532
Não sei	4 (2.1%)	43 (1.1%)	(12.8%)
Não tenho			58 (1.4%)
			47 (1.1%)
Pai tem			
emprego	161 (84.7%)	3459 (87.1%)	3620 (87%)
Sim	13 (6.8%)	223 (5.6%)	236 (5.7%)

Não	7 (3.7%)	123 (3.1%)	130 (3.1%)
Não sei	9 (4.7%)	167 (4.2%)	176 (4.2%)
Não tenho			
IMC			
Magreza	20 (10.4%)	411 (10.2%)	431
Normal	129 (66.8%)	2861 (71.3%)	(10.3%)
Excesso de	29 (15%)	628 (15.6%)	2990
peso	7 (3.6%)	114 (2.8%)	(71.2%)
Obesidade			657
			(15.6%)
			121 (2.9%)

Instrumentos

O instrumento utilizado, de seu nome KIDSCREEN-10, é uma versão reduzida de um instrumento maior chamado KIDSCREEN-52, que é um instrumento genérico do KIDSCREEN. O instrumento KIDSCREEN apresenta-se como o primeiro instrumento transcultural de Qualidade de Vida relativamente à saúde para a população infantil e adolescente que fornece informação sobre as diferenças de qualidade de vida a nível nacional e europeu, permite adquirir mais informação sobre a compreensão das crianças e adolescentes relativamente à saúde e permite identificar populações de risco. Este instrumento foi traduzido pela equipa portuguesa do projeto Aventura Social, que criou o KIDSCREEN-52, com o objetivo de medir, monitorizar e avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde. O principal objetivo desta versão é compreender e caracterizar a perceção das crianças e dos adolescentes sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde e identificar os fatores

sociais ou pessoais que a promovem. A sua aplicação pode ser feita em diversos locais como hospitais, estabelecimentos médicos ou em escolas. Pode ser aplicado por profissionais de saúde pública, epidemiologia, medicina, psicologia, enfermagem e investigação clínica. A sua aplicação é feita em contexto de saúde e doença crónica a crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos e aos seus pais. É de autopreenchimento, e a duração de aplicação varia entre os 10 e os 15 minutos. Este instrumento divide-se em 10 dimensões que retratam a qualidade de vida relativa à saúde. A primeira dimensão diz respeito à saúde e atividade física, e contém 5 itens; a segunda dimensão diz respeito ao bem estar psicológico e é composto por 6 itens; a terceira dimensão diz respeito ao estado de humor geral e contém 7 itens; a quarta dimensão diz respeito à auto percepção e divide-se em 5 itens; a quinta dimensão diz respeito ao tempo livre e contém 5 itens; a sexta dimensão diz respeito à família e ao ambiente familiar e é composto por 6 itens; a sétima dimensão relaciona-se com questões económica e é composta por 3 itens; a oitava dimensão refere-se aos amigos e contém 6 itens; a nona dimensão fala sobre o ambiente escolar e a aprendizagem e tem 6 itens; por último, a décima dimensão diz respeito à provocação, nomeadamente ao bullying e é composto por 3 itens. O instrumento KIDSCREEN-10 é uma versão reduzida deste, onde foram selecionados 10 itens para constituir um instrumento unidimensional, que represente um resultado global de todas as versões KIDSCREEN maiores, com o objetivo de compreender e diferenciar grupos. Esta versão reduzida é recomendada para estudos epidemiológicos que contenham amostras grandes. Um resultado mais baixo indica um sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação frente aos vários contextos da vida da criança ou do adolescente. Contrariamente ao dito, um resultado com valor elevado indica então uma sensação de felicidade, adequação e satisfação para com os vários contextos da vida da criança ou do adolescente.

Procedimento

Na aplicação, o protocolo utilizado foi o mesmo que no estudo internacional Health Behaviour School Aged-Children, a alunos do 5º e 7º ano. Foi pedida uma autorização do Ministério da Educação e das 5 sub-regiões de Educação, da comissão de ética do Hospital de São João e da Comissão de Proteção de Dados. Para além destas, foram contactadas através do telefone todas as escolas de forma a confirmar a sua participação no estudo. Seguidamente foi enviada uma carta para cada professor ler antes do preenchimento de qualquer questionário, 25 questionários para alunos e 25 questionários para pais, sendo que a confidencialidade e o anonimato estavam garantidos.

Para a presente dissertação, foi feito um foco nos indivíduos com asma e no grupo de controlo.

Análise de dados

Foi utilizado o SPSS para cálculos estatísticos. Inicialmente foi realizada a estatística descritiva dos participantes asmáticos e do grupo de controlo relativamente às variáveis sexo, escolaridade, empregabilidade dos pais e IMC. A seguir, foram realizados dois testes estatísticos, o Teste t independente para comparar médias entre o grupo asmático e o grupo de controlo relativamente à qualidade de vida, e o Teste Qui Quadrado de Independência (2x2) para perceber se existem associações entre ter a doença crónica “asma” e não ter a doença crónica “asma” utilizando a perceção da imagem corporal do individuo e a perceção do seu estado de saúde como variáveis de comparação. Seguidamente, foram realizados três testes estatísticos, o Teste t para comparar médias em dois grupos (comparar a qualidade de vida nos dois grupos masculino e feminino, e comparar a qualidade de vida nos dois grupos

de escolaridade 8º ano e 10º ano), o Teste Qui Quadrado de Independência (2x2) (para perceber a associação entre percepção do estado de saúde e a variável “sexo”, a associação entre a percepção de autoimagem e a variável “sexo” e a associação entre a percepção do estado de saúde e a percepção de autoimagem) e a Correlação de Pearson (correlação entre a idade e a qualidade de vida, e entre o IMC e a qualidade de vida).

Resultados

No presente capítulo serão apresentados os resultados divididos em duas partes, de acordo com os objetivos: numa primeira parte serão apresentados os resultados que dizem respeito à comparação da amostra asmática com a amostra saudável (grupo de controlo) e na segunda parte serão apresentados os resultados que dizem respeito apenas às comparações feitas entre os indivíduos com asma, relativamente à idade, ao sexo e à perceção de autoimagem e estado de saúde, respetivamente.

Amostra asmática versus grupo de controlo

Para perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre a amostra asmática e a amostra não asmática relativamente à qualidade de vida, foi realizado um Teste t de forma a comparar as médias destes dois grupos. O teste t mostrou que existe uma diferença significativa na qualidade de vida de indivíduos asmáticos e não asmáticos ($t=2.628$, $p=.009$), ou seja, quando olhando para as médias, consegue-se perceber que a qualidade de vida de indivíduos do grupo de controlo é maior (média = 36.55, DP = 7.34) do que a do grupo de asma (média = 34.82, DP = 8.44). Isto é, em média, o facto de ter a doença crónica “asma” piora a qualidade de vida do individuo. A tabela 2 mostra as médias e desvios padrão dos dois grupos, o valor de t e o valor de p.

Tabela 2

Média, desvio padrão, comparação das médias (teste t) e nível de significância da qualidade de vida entre os dois grupos (Asmáticos e Grupo de Controlo)

	Grupo Asma (n= 171)	Grupo controlo (n= 4431)	t	p
Qualidade de vida	Média = 34.82 (DP = 8.44)	Média = 36.55 (DP = 7.34)	2.628	.009

Para perceber se existe associação entre ter a doença crónica “asma” e a perceção do estado de saúde do individuo, foi novamente realizado um teste Qui Quadrado de Independência (2x2). Os resultados indicam uma associação entre as duas variáveis, com valor de $X^2 = 31.714$ e um valor de $p < .001$, ou seja, os indivíduos asmáticos percecionam um pior estado de saúde do que os indivíduos não asmáticos. A tabela 3 mostra as frequências, percentagens, valor do X^2 e valor de p.

Para finalizar as comparações entre a amostra asmática e a amostra não asmática, procura-se perceber se existe associação entre ter a doença crónica “asma” e a perceção da imagem corporal do individuo, foi realizado um teste Qui Quadrado de Independência (2x2). Os resultados são igualmente apresentados na tabela 3, e deparamo-nos com valor de $X^2 = 6.078$ e um valor de $p > .05$, ou seja, um nível de significância superior a .05, o que nos mostra que não existe uma associação entre as duas variáveis, ou seja, os indivíduos com asma não têm uma perceção da sua imagem corporal diferente da dos indivíduos sem asma. A tabela 3 mostra as frequências, percentagens, valor do X^2 e valor de p.

Tabela 3

Associação entre Percepção do Estado de Saúde e a Percepção de Autoimagem com os dois grupos (Asmáticos e Grupo de Controlo)

	Grupo Asma (n=171)	Grupo controlo (n=4431)	Qui- quadrado de Pearson	p
Estado de				
saúde	2 (1%)	42 (1%)		
Mau	47 (24.48%)	541 (12.8%)	31.714	<.001
Razoável	110 (57%)	2279 (53.8%)		
Bom	34 (17.6%)	1373 (32.4%)		
Excelente				
Imagem				
Corporal				
Muito magro	7 (3.6%)	100 (2.4%)		
Um pouco	24 (12.4%)	624 (14.7%)		
magro				
No tamanho	93 (48.2%)	2264 (53.5%)	6.078	N.S.
certo				
Um pouco	63 (32.6%)	1098 (26%)		
gordo				
Muito gordo	6 (3.1%)	145 (3.4%)		

Nota. N.S. = não significativo

Comparações dentro da amostra asmática

Para perceber se as variáveis idade e qualidade de vida se correlacionam entre si, foi realizada uma Correlação de Pearson. Como é possível ver na Tabela 4, os resultados mostram um valor de $r = -.053$ e um valor de $p > .05$. Isto é, a qualidade de vida dos indivíduos asmáticos não se altera com a variação da variável idade.

Tabela 4

Correlação de Pearson entre as variáveis qualidade de vida e idade

	Idade
	$r = .053$
Qualidade de vida	$p = .489$

Para comparar a qualidade de vida entre rapazes e raparigas foi realizado um Teste t para comparação das médias dos dois grupos. Como podemos ver na Tabela 5, os resultados mostram, para o grupo feminino uma média = 34.22 e DP = 8.47 e para o grupo masculino uma média = 35.49 e DP = 8.41, com um valor $t = .983$ e valor de $p > .05$, portanto não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos dois grupos. Este resultado mostra que a qualidade de vida de adolescentes asmáticos é semelhante entre rapazes e raparigas.

Tabela 5

Comparação das médias da qualidade de vida nos dois grupos (Sexo feminino e Sexo masculino)

	Sexo Feminino (n= 90) N (52.6%)	Sexo Masculino (n= 81) N (47.4%)	t	p
Qualidade de vida	Média = 34.22 (DP = 8.47)	Média = 35.49 (DP = 8.41)	.983	N.S.

Nota. N.S. = não significativo

Para comparar a qualidade de vida de adolescentes do 8º e 10º ano, foi realizado um Teste t para comparação das médias dos dois grupos (8º ano e 10º ano). Como podemos ver na Tabela 6, os resultados mostram, para o grupo do 8º ano uma média = 35.08 e DP = 9.27 e para o grupo do 10º ano uma média = 34.55 e DP = 7.48, com um valor t = .413. O nível de significância é maior que .05, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos. Este resultado mostra que a qualidade de vida de um indivíduo asmático não é diferente conforme o ano escolar frequentado pelo mesmo.

Tabela 6*Comparação das médias da qualidade de vida nos dois grupos (8º ano e 10º ano)*

	8º ano	10º ano	t	p
	(n= 89)	(n= 82)		
	N (52%)	N (48%)		
Qualidade de vida	Média = 35.08 (DP = 9.27)	Média = 34.55 (DP = 7.48)	.413	N.S.

Nota. N.S. = não significativo

Para perceber se as variáveis IMC e qualidade de vida se correlacionam entre si, foi realizada uma Correlação de Pearson. Como é possível ver na Tabela 7, os resultados mostram um valor de $r = -.079$ e um valor de $p > .05$. O nível de significância é maior que .05, ou seja, as variáveis não se influenciam. Isto é, a qualidade de vida dos indivíduos asmáticos não se altera de acordo com o seu Índice de Massa Corporal.

Tabela 7*Correlação de Pearson entre as variáveis qualidade de vida e IMC*

	IMC
Qualidade de vida	$r = -.079$ $p = .312$

De forma a perceber se as variáveis sexo e percepção de saúde tinham associação uma com a outra, foi realizado um teste qui quadrado de independência (2x2). Como podemos ver na Tabela 8, os resultados mostram um valor de $X^2 = 4.518$ e um valor de $p > .05$. O nível de significância mostra-se maior que .05, ou seja, não existe associação entre as duas variáveis, estas são independentes, não se influenciam. Este resultado indica que a percepção de saúde é igual no sexo feminino e no sexo masculino.

Tabela 8

Associação entre Percepção do Estado de Saúde e a variável "Sexo"

	Sexo Feminino (n= 101) N (52.3%)	Sexo Masculino (n= 92) N (47.7%)	Qui- quadrado de Pearson	p
Estado de saúde				
Mau	2 (2%)	20 (21.7%)		
Razoável	28 (27.7%)	53 (57.6%)	4.518	N.S.
Bom	57 (56.4%)	19 (20.7%)		
Excelente	14 (13.9%)	0 (0%)		

Nota. N.S. = não significativo

Para perceber se as variáveis sexo e percepção da autoimagem têm associação entre si, foi realizado um teste qui quadrado de independência (2x2). Como podemos ver na Tabela 9, os resultados mostram um valor de $X^2 = 6.459$ e um valor de $p > .05$. O nível de significância é maior que .05, ou seja, não existe associação entre as duas variáveis, estas são independentes,

não se influenciam, o que significa que ser do sexo feminino ou ser do sexo masculino não vai influenciar a forma como o indivíduo percebe o seu estado de saúde.

Tabela 9

Associação entre Percepção de Autoimagem e a variável “Sexo”

	Sexo Feminino (n= 101) N (52.3%)	Sexo Masculino (n= 92) N (47.7%)	Qui- quadrado de Pearson	p
Imagem Corporal				
Muito magro	3 (3%)	4 (4.3%)		
Um pouco magro	13 (12.9%)	11 (12%)	6.459	N.S.
No tamanho certo	41 (40.6%)	52 (56.5%)		
Um pouco gordo	40 (39.6%)	23 (25%)		
Muito gordo	4 (4%)	2 (2.2%)		

Nota. N.S. = não significativo

Para perceber se as variáveis percepção do estado de saúde e percepção da autoimagem têm associação entre si, foi realizado um teste qui quadrado de independência (2x2). Como podemos ver na Tabela 10, os resultados mostram um valor de $X^2 = 31.714$ e um valor de $p < .05$. O nível de significância é maior que .05, ou seja, não existe associação entre as duas variáveis, estas são independentes, não se influenciam, o que significa que a forma como indivíduos asmáticos percebem o seu estado de saúde, sendo este mau, razoável, bom ou excelente, não influencia a forma como estes mesmo indivíduos percebem a sua imagem corporal.

Tabela 10*Associação entre Percepção do Estado de Saúde e a Percepção de Autoimagem*

	Grupo “Magro” (n = 31) N (16.1%)	Grupo no “Tamanho Certo” (n = 93) N (48.2%)	Grupo “Gordo” (n = 69) N (35.8%)	Qui- quadrado de Pearson	p
Estado de saúde	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)		
Mau	10 (21.3%)	16 (34%)	21 (44.7%)	9.569	.144
Razoável	17 (15.5%)	57 (51.8%)	36 (32.7%)		
Bom	4 (11.8%)	20 (58.8%)	10 (29.4%)		
Excelente					

Discussão

Este estudo teve como objetivo principal a comparação da qualidade de vida, da percepção do estado de saúde e da percepção da autoimagem em adolescentes com asma e adolescentes saudáveis. Como objetivos específicos, quisemos perceber se existia relação entre a idade, o sexo, a escolaridade e o IMC e a qualidade de vida de adolescentes com asma, relação entre o sexo e a percepção de saúde, e entre o sexo e a percepção de autoimagem de adolescentes com asma e, por fim, examinar a possível associação entre a percepção de imagem corporal do indivíduo com a sua percepção do estado de saúde.

O objetivo principal era passível de ser dividido em três, para uma melhor compreensão. Em primeiro lugar, queríamos comparar a qualidade de vida de adolescentes asmáticos e saudáveis. Os nossos resultados mostraram que existiam diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida de indivíduos asmáticos e não asmáticos. Estes resultados foram de acordo com a literatura, que mostraram que uma doença crónica como a asma causava impacto na qualidade de vida do seu portador, ou seja, a qualidade de vida era diferente entre adolescentes com asma e saudáveis (Leander et al., 2012). É perceptível que quando existe o diagnóstico, o indivíduo tem de adaptar toda a sua vida e planos, tem de se adaptar a novas condições e fragilidades (Neves et al., 2017). Segundo a literatura, vários fatores contribuíram para a diminuição desta qualidade de vida, tais como o sofrimento psicológico (Warschburger et al., 2004), a predisposição para doenças psiquiátricas, o que acabava por causar não só uma pior qualidade de vida mas também uma menor adesão ao tratamento (Goldbeck et al., 2007), vários sintomas físicos incomodativos como respiração ruidosa, aperto no peito, falta de ar, tosse e ataques de asma (Sa-Sousa et al., 2012), a mudança repentina e a obrigação da reformulação de todo o ambiente ao seu redor (Neves et al., 2017), entre outros. Neste estudo não foi possível verificar os preditores da qualidade de

vida da amostra asmática, no entanto, conseguimos perceber que uma doença crónica tinha impacto na vida de um adolescente sendo que a realidade conhecida pela população no geral ajudava para que não houvesse muita adaptação para esta população, sendo esta doença crónica muito banalizada. Esta banalização acontecia porque existiam muitas pessoas com asma leve, que não tinham sintomas iguais à asma moderada ou severa, ou seja, não interferia da mesma forma na qualidade de vida do seu portador. A desinformação sobre a classificação e diferenciação em relação à gravidade, fazia com que esta doença não fosse dividida pelas categorias e fosse toda englobada numa só, o que fazia com que houvesse a tal banalização (McDonald et al., 2018).

Com relação ao objetivo de comparar a percepção do estado de saúde de adolescentes asmáticos e saudáveis, os resultados do presente estudo mostraram que existiam diferenças significativas na forma como um indivíduo com asma percecionava a sua saúde, quando comparado com um indivíduo sem asma, chegando-se à conclusão de que indivíduos asmáticos percecionavam um pior estado de saúde do que indivíduos saudáveis. Este resultado fazia sentido pois, de facto, o adolescente asmático tinha uma pior qualidade de vida que adolescentes saudáveis, portanto era importante que eles se dessem conta disso para que pudessem ter os cuidados necessários com sua saúde. Normalmente, quando o indivíduo perceciona um pior estado de saúde é quando faz algo para o melhorar. Esta lógica faz com que seja, de certa forma, positivo e benéfico que os doentes asmáticos percecionem a sua saúde da forma como ela é, para que tenham consciência e adotem comportamentos para minimizar o impacto da asma na sua saúde. Segundo a literatura, a percepção que o asmático tinha sobre o seu estado de saúde relacionava-se com a doença, e, para completar, esta relação mantinha-se mesmo depois do fim dos sintomas (Educativo, 2004). Para terminar, em terceiro lugar comparou-se a percepção da autoimagem (percepção de imagem corporal) de

indivíduos asmáticos e saudáveis. Os resultados mostraram que não existia uma associação entre ter a doença “asma” e a forma como o indivíduo percecionava a sua imagem corporal, ou seja, os indivíduos com asma e os indivíduos saudáveis percecionavam de igual forma a sua imagem corporal. Os resultados obtidos não corroboraram a literatura, sendo que a mesma referia que indivíduos com asma sofriam de um estigma maior comparativamente a indivíduos saudáveis, e que este estigma vinha interferir e modelar a sua perceção de imagem corporal (Schlindwein-Zanini et al., 2008). A justificação para que os nossos resultados não tenham corroborado com a literatura podia estar no Índice de Massa Corporal da nossa amostra asmática e da nossa amostra de controlo, sendo que ambas estavam acima dos 50% para o peso normal (amostra asmática = 66,8% e amostra controlo = 71,3%). Isto poderá ter feito com que não houvesse grandes alterações (magreza e obesidade) e, por isso, o estigma não existir e não haver alterações na perceção de imagem corporal, o que poderá não querer dizer que alguns indivíduos que se situem nas categorias de magreza ou obesidade esse estigma não possa existir e assim influenciar a sua perceção de autoimagem.

Por sua vez, os objetivos específicos dividiam-se em seis: primeiramente quisemos compreender e caracterizar a relação entre a idade a qualidade de vida de adolescentes com asma. Os resultados mostraram que a idade e a qualidade de vida não estavam relacionadas, ou seja, a qualidade de vida dos indivíduos asmáticos não se alterava conforme a idade. Este resultado diferia da literatura, sendo que a mesma referia que a idade era um dos fatores que influenciava a qualidade de vida (Souza et al., 2011), e que indivíduos com idade inferior tinham uma pior qualidade de vida, sentindo-se mais vezes frustrados e irritados devido à sua doença (Juniper, 1997). A qualidade de vida dependeu também da forma como o indivíduo rececionava e se adaptava à doença. Piccinini et al. (2003) indicaram que diferentes idades se traduziram em diferentes formas de receção e adaptação à doença. Whaley et al. (1999)

afirmavam que o impacto de saber que se tem este tipo de doença crónica também se alterava conforme a idade, sendo que indivíduos com idade inferior apresentavam uma menor qualidade de vida e um menor controlo dos sintomas. Existiu a possibilidade de haver intervenção materna e paterna muito presente na nossa população. Ao observar a caracterização da amostra conseguimos ver que 80% das mães e 84.7% dos pais da nossa amostra asmática tinha emprego, ou seja, estava presente e pelo menos não tinha problemas nesse departamento, o que nos fez pensar que existia a possibilidade de que esses pais e essas mães estivessem mais predispostos a estar presentes e acompanhar os filhos, impossibilitando a que houvesse aqui uma diferença notória nas idades. Em segundo lugar, procurou-se compreender e caracterizar a associação entre sexo e qualidade de vida de adolescentes com asma. Os resultados mostraram que a qualidade de vida de adolescentes asmáticos era semelhante entre rapazes e raparigas, não havendo diferenças entre sexo, o que não foi de acordo com a literatura. Esta, pelo contrário, mostrou que a qualidade de vida se relacionava com o sexo, ou seja, o sexo feminino e o sexo masculino tinham diferenças na qualidade de vida (Souza et al., 2011). Tal como para o fator idade, a reação e adaptação do indivíduo à doença crónica relacionou-se com o fator sexo (Piccinini et al., 2003), sendo que o sexo feminino mostrou uma pior qualidade de vida, quando comparada com o sexo masculino, e também mostrou sofrer de mais sintomas de frustração e stress, que acaba por influenciar a sua qualidade de vida, piorando-a (Leander et al., 2012; Nordlund et al., 2011). Quando observámos os dados relativos ao estado de saúde da nossa amostra asmática, percebemos que se dividia em 4 categorias: mau, razoável, bom e excelente. A maioria da amostra, tanto masculina como feminina dividiu-se entre o razoável e o bom. No entanto, foi possível ver que 56.4% do sexo feminino escolheu a opção “bom” e apenas 27.7% escolheu a opção “razoável”, sendo que no sexo masculino algo diferente aconteceu: 57.6% da amostra

asmática do sexo masculino escolheu a opção “razoável” e apenas 20.7% escolheu a opção “bom”. Aqui verificou-se que existia alguma diferença, mesmo que não fosse significativa, entre as escolhas de “bom” e razoável” e percebemos que existia realmente diferenças entre o que é um bom estado de saúde e um razoável estado de saúde. Possivelmente, se só houvesse duas opções de escolha, os resultados poderiam ir de acordo com a literatura. De seguida, o objetivo foi compreender e caracterizar a relação entre a escolaridade e o IMC com a qualidade de vida de adolescentes com asma. Os resultados mostraram que não existia relação entre a qualidade de vida e a escolaridade. A literatura referente aos anos escolares era praticamente inexistente, no entanto conseguimos comparar com a idade, sendo que a nossa amostra asmática era constituída por adolescentes do 8º e 10º ano, ou seja, os indivíduos do 8º ano tinham idade inferior aos indivíduos do 10º ano. Por isso mesmo, tornou-se normal que não houvesse relação entre a qualidade de vida e a escolaridade visto que também não houve relação entre a idade e a qualidade de vida. Em quarto lugar, o objetivo foi compreender e caracterizar a relação entre o IMC e a qualidade de vida da amostra adolescente com asma. Os resultados mostraram que a qualidade de vida dos indivíduos asmáticos não se relaciona com o IMC, resultados estes que não foram de acordo com o que a literatura mostrou. Esta mostrou uma relação entre o IMC e a qualidade de vida do adolescente com asma. Vários autores referiram que o IMC elevado levava a um agravamento da doença, e a uma consequente diminuição da qualidade de vida (Castro et al., 2010) (Forno et al., 2014); (Cassol et al., 2006). Segundo Hossny et al. (2017), a redução do peso corporal podia levar a um melhor controlo dos sintomas, e consequentemente a uma melhoria na qualidade de vida de pacientes com asma (Hossny et al., 2017). A justificação para que os nossos resultados não tenham corroborado com a literatura pode estar,

novamente, relacionada com o Índice de Massa Corporal da nossa amostra asmática, sendo que mais de metade desta se encontrava no peso normal (amostra asmática = 66.8%).

Seguidamente, quisemos compreender e caracterizar a relação do sexo com a perceção de saúde e com a perceção da autoimagem de adolescentes com asma. Os resultados mostraram que o sexo e a perceção de saúde do individuo não se relacionava, ou seja, o sexo não influenciava a forma como o individuo percecionava o seu estado de saúde. O sexo e a perceção da imagem corporal do individuo também não se relacionaram uma com a outra, ou seja, o sexo não influenciava a forma como o individuo percecionava a sua imagem corporal. Relativamente a este objetivo, não existiu literatura para corroborar ou contrariar a informação, ou seja, existia a necessidade de aprofundar mais sobre esta relação, tendo em conta que o sexo feminino e o sexo masculino são diferentes, nutrem diferentes características e seria interessante perceber se algumas dessas características podiam influenciar a relação do sexo com a perceção do individuo do seu estado de saúde e da sua imagem corporal. Por último, o objetivo foi examinar a associação entre a perceção da autoimagem e o estado de saúde desta amostra asmática. Os resultados mostraram que a perceção da autoimagem e a perceção do estado de saúde de adolescentes com asma não se associam, o que corroborou com a literatura encontrada. A literatura mostrou-nos que a imagem corporal era um fator importante para a construção da identidade do individuo. Esta era influenciada por vários fatores como o ambiente que o rodeia ou as experiências que vivencia. Vários aspetos estavam implicados como aspetos culturais, afetivos, cognitivos e motores. Não existiram evidências de que a perceção da imagem corporal e a perceção do seu estado de saúde estivessem interligadas (Morais, 2019).

Para terminar, era importante fazer referência aos resultados que não corroboraram com a literatura. O KIDSCREEN 10, o instrumento utilizado neste estudo, não estava presente em

nenhum dos artigos referenciados sobre QV e asma, o que pode ter justificado os resultados diversos encontrados sobre o tema sendo que cada instrumento valorizava partes diferentes da qualidade de vida e dava importância a questões também distintas. Também, a amostra, a quantidade e a qualidade, a nacionalidade portuguesa, e também o facto de cada individuo ser diferente e, por isso, duas amostras nunca seriam iguais. Outros aspetos, falados ao longo do texto foram tidos em conta para esta diferenciação, tal como a desinformação existente sobre a asma e a sua contante banalização. Quando um individuo dizia que tinha asma, o pensamento de quem recebia a informação não se direcionava de imediato para a asma severa, mas sim para a asma leve. Sendo a asma negligenciada e tida, muitas vezes, só como leve, os seus portadores tornavam-se resilientes e muitas vezes, quando não o eram, justificavam muitos dos sintomas e consequências com outras situações. Isto fez com que não houvesse consciência, muitas vezes da parte dos mesmos, da gravidade da sua doença e estes respondessem a estudos de forma desviada sem se aperceberem. Existe a necessidade de diversificar a informação existente sobre a asma, doença crónica na infância e sobre a qualidade de vida associada a esta. Este estudo mostrou-se como um contributo para essa diversificação, tendo a mais-valia de poder comparar uma amostra asmática com uma amostra controlo com características idênticas.

Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo revelaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida de jovens asmáticos e jovens saudáveis e na sua autopercepção do estado de saúde. A asma é uma doença crónica que traz consigo diversas consequências que vêm interferir na vida do indivíduo, nomeadamente novas rotinas, mudanças repentinas de planos, novas responsabilidades e novas limitações. A forma como o jovem percebia esta nova realidade dependia de várias características, características pessoais como a idade, o sexo, o IMC e a escolaridade. Neste estudo quisemos perceber qual era a relação destas características pessoais na qualidade de vida do adolescente. Os resultados mostraram que não existia relação entre a idade, o sexo, a escolaridade e o IMC com a qualidade de vida, resultado este que pode ter sido justificado pelas características da nossa amostra e pela forma como as questões foram colocadas. De seguida, quisemos perceber se o sexo se relacionava com a percepção de saúde e com a percepção de autoimagem e perceber se havia associação entre estas duas. Os resultados do nosso estudo mostraram que não existia relação entre o sexo e a percepção de saúde, e mostraram também que não existia relação entre o sexo e a percepção de autoimagem. Devido à falta de literatura relativamente a esta relação, tornou-se impossível corroborar ou contrariar esta informação, no entanto achou-se pertinente manter o objetivo para exaltar a importância de mais estudos sobre o assunto, de forma a perceber se as diferentes características dos diferentes sexos podiam influenciar a percepção dos indivíduos. Relativamente à relação entre a percepção do estado de saúde e percepção de autoimagem, os nossos resultados mostraram que esta relação é inexistente. A literatura não mostrou evidências de que esta relação existisse, e por isso, corroboramos os resultados.

Quando falamos em doença crónica, principalmente em asma severa, falamos de uma doença que influencia de forma brutal a vida do indivíduo. Este conhecimento não era geral,

não era popular. A asma moderada e severa ainda era negligenciada no senso comum, o que dificulta a adaptação desta população à vida quotidiana. Falando do tipo de população estudada, os adolescentes, e dos meios que os rodeiam, como a escola, era necessária a sensibilização de docentes e dos cuidadores para que houvesse mais facilidade de adaptação, de forma a facilitar a integração da doença crónica na vida do adolescente. Adolescentes asmáticos faltavam mais à escola, tendiam a ter mais dificuldades a fazer atividades adequadas à sua idade, e este impedimento, esta diferença, que nesta faixa etária, tem muita importância, tem de ser tida em conta, tem de ter mais importância e ser mais pensada, para que haja a criação de soluções viáveis que melhorem, o mais possível, a qualidade de vida destes indivíduos.

Em termos de limitações do presente trabalho, destaca-se a forma como foram avaliadas duas das variáveis importantes para o estudo: a perceção do estado de saúde e a perceção de imagem corporal. Estas duas variáveis poderiam ter mais questões associadas ou terem sido utilizados instrumentos psicométricos conhecidos que avaliassem esses construtos de forma a ser mais versátil e menos objetivo. O facto de serem avaliadas apenas com uma questão pode ter simplificado um conceito que por si só é complexo. A solução seria ter aplicado um instrumento de autoimagem ou de estado de saúde para conseguir explorar mais a fundo estas variáveis. No entanto, como este estudo se insere num estudo maior, é perceptível que não tenha existido a possibilidade de dar tanta luz a todas as variáveis, visto que para além das usadas neste trabalho, foram avaliadas muitas mais.

Seguidamente, tendo em conta os resultados deste estudo, seria interessante perceber o porquê da enorme diferenciação existente entre o nosso estudo e estudos já feitos. Isto poderia ser concretizado através de uma avaliação qualitativa, através de entrevistas

semiestruturadas, de forma a obter a justificação de escolhas feitas no questionário para tirar conclusões mais reais.

Por fim, são notórias as implicações que este trabalho pode ter para a Psicologia Clínica. A Psicologia Clínica torna-se uma grande aliada ao combate a muitos dos problemas associados à asma como sintomas psicológicos e desinformação. Um indivíduo informado devidamente sobre a sua doença e sobre o que a mesma pode causar decerto que tem uma melhor qualidade de vida do que aquele que não está devidamente informado sobre o assunto. Então, a Psicologia Clínica aliada a uma equipa multidisciplinar pode ajudar, e muito, a melhorar a qualidade de vida de adolescentes com asma.

Em suma, este estudo contribuiu para exaltar a importância da asma na vida de adolescentes, das suas famílias e na construção e melhoramento da qualidade de vida dos mesmos.

Referências

- Almeida, M. I., Molina, R. C. M., Vieira, T. M. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2006). O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. *Escola Anna Nery*, *10*(1), 36-46.
- Anandan, C., Nurmatov, U., Van Schayck, O. C. P., & Sheikh, A. (2010). Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *65*(2), 152–167. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.02244.x>
- Banjari, M., Kano, Y., Almadani, S., Basakran, A., Al-Hindi, M., & Alahmadi, T. (2018). The Relation between Asthma Control and Quality of Life in Children. *International Journal of Pediatrics*, *2018*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2018/6517329>
- Boeschoten, S. A., Dulfer, K., M Boehmer, A. L., F M Merkus, P. J., van Rosmalen, J., de Jongste, J. C., de Hoog, M., P Buysse, C. M., & Shelley Boeschoten, C. A. (2020). Quality of life and psychosocial outcomes in children with severe acute asthma and their parents follow-up, parents, PICU, status asthmaticus. *Pediatric Pulmonology*, *55*, 2883–2892. <https://doi.org/10.1002/ppul.25034>
- Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, *322*(7296), 1240–1243. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1240>
- Educativo, P. (2004). *Professor da Escola Superior de Educação do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. 5(i).
- Goldbeck, L., Koffmane, K., Lecheler, J., Thiessen, K., & Fegert, J. M. (2007). Disease severity, mental health, and quality of life of children and adolescents with asthma. *Pediatric Pulmonology*, *42*(1), 15–22. <https://doi.org/10.1002/ppul.20509>

- Guyatt, G. H., Juniper, E. F., Griffith, L. E., Feeny, D. H., & Ferrie, P. J. (1997). Children and adult perceptions of childhood asthma. *Pediatrics*, *99*(2), 165–168. <https://doi.org/10.1542/peds.99.2.165>
- Hossny, E., Caraballo, L., Casale, T., El-Gamal, Y., & Rosenwasser, L. (2017). Severe asthma and quality of life. *World Allergy Organization Journal*, *10*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40413-017-0159-y>
- Juniper, E. F. (1997). How important is quality of life in pediatric asthma? *Pediatric Pulmonology*, *24*(SUPPL. 15), 17–21. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0496\(199709\)15+<17::AID-PPUL5>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0496(199709)15+<17::AID-PPUL5>3.0.CO;2-O)
- Leander, M., Lampa, E., Janson, C., Svrdstudd, K., Uddenfeldt, M., & Rask-Andersen, A. (2012). Determinants for a low health-related quality of life in asthmatics. *Upsala Journal of Medical Sciences*, *117*(1), 57–66. <https://doi.org/10.3109/03009734.2011.638730>
- Lozier, M. J., Zahran, H. S., & Bailey, C. M. (2019). Assessing health outcomes, quality of life, and healthcare use among school-age children with asthma. *Journal of Asthma*, *56*(1), 42–49. <https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1426767>
- McDonald, V. M., Hiles, S. A., Jones, K. A., Clark, V. L., & Yorke, J. (2018). Health-related quality of life burden in severe asthma. *The Medical Journal of Australia*, *209*(S2), S28–S33. <https://doi.org/10.5694/mja18.00207>
- Morais, J. (2019). Com a Percepção Da Imagem Corporal E Padrões. *Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado Como Requisito Parcial à Obtenção Do Grau de Bacharel Em Educação Física Pela Faculdade de Ciências Da Educação e Saúde Centro Universitário de Brasília – UniCEUB*, 27.
- Nordlund, B., Konradsen, J. R., Pedroletti, C., Kull, I., & Hedlin, G. (2011). The

clinical benefit of evaluating health-related quality-of-life in children with problematic severe asthma. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 100(11), 1454–1460. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02359.x>

Sa-Sousa, A., Morais-Almeida, M., Azevedo, L. F., Carvalho, R., Jacinto, T., Todo-Bom, A., Loureiro, C., Bugalho-Almeida, A., Bousquet, J., & Fonseca, J. A. (2012). Prevalence of asthma in Portugal - The Portuguese National Asthma Survey. *Clinical and Translational Allergy*, 2(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/2045-7022-2-15>

Schlindwein-Zanini, R., Portuquez, M. W., Costa, D. I., Possa Marroni, S., & Da Costa, J. C. (2008). Percepção do estigma na criança com epilepsia refratária: Estudo comparativo entre doenças crônicas na infância. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 14(3), 114–118. <https://doi.org/10.1590/S1676-26492008000300007>

Souza, P. G. de, Sant'Anna, C. C., & March, M. de F. B. P. (2011). Qualidade de vida na asma pediátrica: revisão da literatura TT - Quality of life in asthmatic children: a literature review. *Rev. Paul. Pediatr*, 29(4), 640–644. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400026

Van Gent, R., Van Essen, L. E. M., Rovers, M. M., Kimpen, J. L. L., Van Der Ent, C. K., & De Meer, G. (2007). Quality of life in children with undiagnosed and diagnosed asthma. *European Journal of Pediatrics*, 166(8), 843–848. <https://doi.org/10.1007/s00431-006-0358-y>

Varni, J. W., Burwinkle, T. M., & Seid, M. (2006). The PedsQL™ 4.0 as a school population health measure: Feasibility, reliability, and validity. *Quality of Life Research*, 15(2), 203–215. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-1388-z>

Warschburger, P., Busch, S., Bauer, C. P., Kiosz, D., Stachow, R., & Petermann, F. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents with asthma: Results

from the ESTAR study. *Journal of Asthma*, 41(4), 463–470.

<https://doi.org/10.1081/JAS-120033989>

Lista de Anexos

Anexo A – KIDSCREEN 10

Anexos

Anexo A

KIDSCREEN 10

AVENTURA SOCIAL E SAÚDE 2006 - ESTUDO INTERNACIONAL - Kidscreen /CE/ HBSC/OMS
FMH/U.T.L. – CMDT/IHMT/U.N.L

Colaboração: Fundação para a Ciência e Tecnologia/Ministério da Ciência e Tecnologia;

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

KIDSCREEN-10©

Pais, Como é o/a seu/sua filho(a)? Como é que ele/ela se sente? É isso que queremos saber através de si. Por favor responda às seguintes questões com todo o seu conhecimento, assegurando que as suas respostas reflectem a perspectiva do/da seu/sua filho(a). Por favor tente recordar as experiências do/da seu/sua filho(a) na última semana ...

1. Quem está a preencher o questionário?

Mãe

Pai

Madrasta / Companheira do pai

Padrasto / Companheiro da mãe

Outro, Quem? _____

2. Que idade tem o(a) seu/sua filho(a)?

_____ anos

3. Este(a) seu/sua filho(a) é rapariga ou rapaz?

rapariga

rapaz

4. Qual é a altura do(a) seu/sua filho(a) (sem sapatos)?

_____ centímetros

5. Quanto é que ele/ela pesa (sem roupa)?

_____ quilogramas

Pense na última semana ...		Nada	Pouco	Moderada mente	Muito	Totalmente
1.	O/A seu/sua filho(a) sentiu-se bem e em forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	O/A seu/sua filho(a) sentiu-se cheio(a) de energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	O/A seu/sua filho(a) sentiu-se triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	O/A seu/sua filho(a) sentiu-se sozinho(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	O/A seu/sua filho(a) teve tempo suficiente para si próprio(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	O/A seu/sua filho(a) tem sido capaz de fazer actividades que quer fazer no tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	O/A seu/sua filho(a) sentiu que os pais o/a trataram com justiça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	O/A seu/sua filho(a) divertiu-se com outros rapazes e raparigas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	O/A seu/sua filho(a) foi bom/boa aluno(a) na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	O/A seu/sua filho(a) sentiu-se capaz de prestar atenção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>